

CARLA CAVALER GARCIA
MARIANA PEREIRA MARTENDAL
THAISE ALANA GORONZI

CONDIÇÃO CRÔNICA DE SAÚDE: UM ENFOQUE DIALÓGICO NO CUIDADO TRANSCULTURAL

N.Cham. TCC UFSC ENF 0388

Autor: Garcia, Carla Cava

Título: Condição crônica de saúde : uma



972491924 Ac. 241683

Ex.1 UFSC BSCSM CCSM

CCSM

TCC

UFSC

ENF

0388

Ex.1

FLORIANÓPOLIS, JUNHO DE 2004

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM
CURSO DE GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM**

**CONDIÇÃO CRÔNICA DE SAÚDE: UM ENFOQUE DIALÓGICO NO CUIDADO
TRANSCULTURAL**

**CARLA CAVALER GARCIA
MARIANA PEREIRA MARTENDAL
THAISE ALANA GORONZI**

FLORIANÓPOLIS, JUNHO DE 2004.

CARLA CAVALER GARCIA
MARIANA PEREIRA MARTENDAL
THAISE ALANA GORONZI

**CONDIÇÃO CRÔNICA DE SAÚDE: UM ENFOQUE DIALÓGICO NO CUIDADO
TRANSCULTURAL**

*Trabalho de Conclusão de Curso
apresentado ao Curso de Graduação em Enfermagem da
Universidade Federal de Santa Catarina,
para obtenção do título de Enfermeira.*

Orientadoras

Enfª Profª Dra Denise Maria Guerreiro Vieira da Silva

Enfª Profª Dra Vânia Marli Schubert Backes

Participante da orientação como discente da Disciplina Estágio de Docência da PEN/UFSC

Enfª Dda Zídia Rocha Magalhães


Supervisora

Enfª Cristiane Macuglia

Membro da Banca

Enfº Prof. Dr Antônio de Miranda Wosny

FLORIANÓPOLIS, JUNHO DE 2004.



*Se eu pudesse deixar algum presente a você,
deixaria aceso o sentimento
de amar a vida dos seres humanos.
A consciência de aprender
tudo o que foi ensinado pelo tempo afora...
Lembraria os erros que foram cometidos
para que não mais se repetissem.
A capacidade de escolher novos rumos.
Deixaria para você, se pudesse,
o respeito àquilo que é indispensável:
Além do pão, o trabalho.
Além do trabalho, a ação.
E, quando tudo mais faltasse, um segredo:
O de buscar no interior de si mesmo
a resposta e a força para encontrar a saída."*

(Mahatma Gandhi)

NOSSOS AGRADECIMENTOS

À **Deus**, inteligência suprema e causa primária de todas as coisas.

À **Universidade Federal de Santa Catarina – UFSC**, por oportunizar e favorecer o nosso crescimento pessoal e profissional.

Aos professores e servidores do **Departamento de Enfermagem** pelos ensinamentos, apoio e estímulo.

À **Unidade Sanitária Campo D’Una e Secretaria Municipal de Saúde de Garopaba/SC** por permitirem o desenvolvimento do trabalho, pela receptividade e abertura de um novo campo de estágio.

À todos os **usuários** do serviço, parte da construção deste trabalho, o nosso muito obrigada!

À supervisora **Cristiane Macuglia**, pelo incentivo e liberdade possibilitando o desenvolver deste trabalho junto à comunidade.

Às **Agentes Comunitárias de Saúde**, pela receptividade, cumplicidade, companheirismo, incentivo e amizade... Valeu meninas!! Esse trabalho também é de vocês!

Às orientadoras **Denise Guerreiro e Vânia Backes**, pela força, sabedoria, estímulo e tempo despendido para a construção deste trabalho.

Ao professor **Tony**, com suas relevantes considerações que enriqueceram o trabalho.

À **Zídia**, pelo total empenho, alegria e convivência durante este período.

Aos **nossos pais**, pelo amor, carinho, suporte e compreensão. Por acreditarem em nossos potenciais e fazerem parte de nossas vidas incondicionalmente.

Aos **irmãos**, pela compreensão de nossas ausências e por aturarem nossos momentos de mau-humor.

Aos **amigos**, por aceitarem nossas ausências, pelo apoio, estímulo e transmissão de tranquilidade, afirmando sempre que *“no final tudo dá certo... se não deu certo é porque ainda não chegou o fim!!!”*

Ao **Tiago**, bebê mais lindo do mundo que já amávamos até mesmo antes de nascer!!!
Renovou a cada dia nossas energias...

À tia **Salete** por minimizar nossos erros e concordâncias de português. De coração!!

RESUMO

Este trabalho consiste num relato de nossa experiência, enquanto acadêmicas do curso de graduação em Enfermagem da VII Unidade Curricular, ao cumprir a Disciplina de Enfermagem Assistencial Aplicada, da Universidade Federal de Santa Catarina. Teve como objetivo geral prestar cuidado a pessoas em condição crônica de saúde (HAS e DM) e, extensivamente, a suas famílias de uma comunidade da região sul catarinense, visando promover a qualidade de vida. A prática foi desenvolvida na Unidade Sanitária Campo D'Una no período compreendido entre 31 de março a 04 de junho de 2004. O marco conceitual baseou-se na Teoria Transcultural de Madelaine Leininger e no método pedagógico de Paulo Freire, envolvendo os conceitos norteadores: enfermagem, educação para saúde, educação popular em saúde, ser humano, saúde-doença e ambiente/sociedade. A prática assistencial seguiu o eixo Transcultural e dialógico, confirmando que a doença crônica afeta negativamente o cotidiano do indivíduo/família/grupo. O fator identificado como o mais freqüente foi: mudança de hábito alimentar associado a algum prejuízo na rotina social, interferindo, conseqüentemente, na qualidade de vida. Realizou-se, durante o período de estágio, a assistência à 09 famílias com portadores de doença crônica, efetuando 09 processos de enfermagem baseados na teoria Transcultural, contendo as seguintes etapas: levantamento de dados, diagnóstico de enfermagem, plano/implementação do cuidado e avaliação do mesmo. Foram realizadas 27 visitas domiciliares com o intuito de acompanhar os usuários e obter maior contato com a sua cultura. Foram, ainda, realizadas 04 atividades educativas, em grupo, abrangendo 03 das 04 micro-áreas existentes, utilizando recursos lúdicos e adotando uma linha participativa em busca da construção coletiva do conhecimento. O trabalho empreendido permite reiterar a importância da prática cuidativa e educativa em saúde.

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	11
2. OBJETIVOS	14
2.1. Geral	14
2.2. Específicos	14
3. REVISÃO DE LITERATURA	16
3.1. Políticas de Saúde – SUS	16
3.2. PSF – Programa de Saúde da Família.....	18
3.3. Qualidade de Vida.....	22
3.4. Educação para a Saúde.....	25
3.5. Grupo.....	26
3.6. Visita Domiciliar.....	30
3.7. Condição Crônica de Saúde.....	33
3.8. Hipertensão Arterial.....	33
3.9. Depressão.....	38
3.10. Diabetes.....	42
3.11. Fitoterapia.....	54
3.12. Cultura Açoriana.....	57
4. MARCO CONCEITUAL.....	65
4.1. Histórico da Teorista.....	66
4.2. Histórico de Freire.....	67
4.3. Pressupostos para orientar a Prática Assistencial a partir das perspectivas de Leininger e Freire.....	69
4.4. Considerações sobre o Método Pedagógico de Freire.....	70

4.5. Sete teses sobre educação para a participação.....	76
4.6. Modelo do Sol Nascente de Leininger.....	81
4.7. Processo de Enfermagem.....	82
4.8. Principais Conceitos Interrelacionados.....	84
4.8.1. Enfermagem.....	84
4.8.2. Educação para a saúde.....	84
4.8.3. Educação popular em saúde.....	85
4.8.4. Ser-Humano.....	86
4.8.5. Saúde/Doença.....	86
4.8.6. Ambiente/Sociedade.....	87
5. METODOLOGIA	89
5.1. Contextualizando o Campo de Estágio.....	89
5.2. Sujeitos da Prática.....	99
5.3. Planejamento das Ações.....	100
5.4. Operacionalização do processo de Enfermagem.....	103
5.5. Aspectos Éticos.....	105
6. CRONOGRAMA.....	107
7. ORÇAMENTO.....	108
8. RELATO DA PRÁTICA ASSISTENCIAL.....	109
9. E O INESPERADO ACONTECEU.....	156
10. CONSIDERAÇÕES FINAIS	172
11. REFERÊNCIAS	175
ANEXOS	
APÊNDICES	

LISTA DE ANEXOS

ANEXO I – Plano de Visita Domiciliar

ANEXO II – Modelo do Sol Nascente

ANEXO III– Processo de Enfermagem de Leininger

ANEXO IV – Instrumento de Serviços – SIAB

ANEXO V – Planta Física da Unidade Sanitária Campo D’Una

ANEXO VI – Carta de Aceite para a realização do trabalho

ANEXO VII – Relatório do SIAB

**ANEXO VIII – Programação do I Ciclo de Gestão em Enfermagem e Saúde/UFSC e
Declaração de participação**

ANEXO IX – Mensagens

ANEXO X – Estufa

LISTA DE APÊNDICES

APÊNDICE 1 – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

APÊNDICE 2 – Folder DM

APÊNDICE 3 – Folder HAS

APÊNDICE 4 – Projeto do I Ciclo de Palestras sobre PSF e Ética Profissional

APÊNDICE 5 – Resumos para o III Fórum Mundial de Educação

APÊNDICE 6 – Histórico de Enfermagem

APÊNDICE 7 – Instrumento de Registro para Visita Domiciliar

APÊNDICE 8 – Planejamento do Grupo de Integração

APÊNDICE 9 – Planejamento do Grupo Campo D'Una

APÊNDICE 10 – Planejamento do Grupo de Encerramento

APÊNDICE 11 – Dicas de Saúde publicadas

I. INTRODUÇÃO

As novas tecnologias de tratamento em saúde vêm provocando, ao longo dos últimos anos, o aumento na expectativa de vida da população. Outrossim, houve uma mudança no panorama de distribuição das doenças. A priori, predominavam as infecto-contagiosas; hoje, predominam as crônico-degenerativas, fazendo com que, a cada dia, os indivíduos tenham necessidade de ter uma boa qualidade de vida mesmo sendo portadores de alguma doença (PADILHA; RABELO, 1999).

A condição crônica de saúde constitui um importante campo de estudo, uma vez que essas doenças tem como característica especial a longa duração, que, em algum momento interfere no curso de vida das pessoas. Destarte, o cuidado à saúde dos que vivem em condição crônica tem sido um grande problema na área da saúde, abrangendo várias dimensões e representando um desafio, tanto para aqueles que estão vivenciando a situação quanto para os cuidadores (SILVA, 2001).

Para que as pessoas portadoras de doença crônica tenham qualidade de vida, considera-se oportuno que conheçam a doença e aprendam a conviver com ela. Todavia, a educação para a saúde poderá ajudá-las na compreensão da doença, e por conseguinte, superar seus efeitos através de uma adesão consciente ao regime de tratamento. Para isso se concretizar torna-se necessário o estímulo ao cliente, objetivando promover a sua efetiva participação no cuidado.

Acredita-se que as concepções teóricas, quando estudadas e avaliadas com senso crítico, contribuem para a ampliação do conhecimento e para o aprimoramento dos cuidados de Enfermagem. Considerando essa perspectiva, utilizou-se, nesse trabalho, a teoria de Enfermagem Transcultural de Madeleine Leininger, que propõe a valorização da cultura das pessoas em todas as faixas etárias, visando melhorar as condições de vida e convivência entre os seres humanos.

O modelo do Sol Nascente proposto na teoria Transcultural de Leininger serviu de guia para este trabalho, oferecendo instrumentos teóricos à compreensão da prática a ser desenvolvida, compreendendo que a Enfermagem atua como mediadora entre o sistema popular e profissional, buscando um cuidado cultural holístico.

O interesse pelo tema do trabalho surgiu da reflexão contínua sobre a necessidade e a importância da Educação para a Saúde de indivíduo/família/grupo em condição crônica de saúde. Pessoas nesta condição, pela obrigatoriedade de conviver com uma doença em seu dia-a-dia, requerem do profissional da saúde um cuidado diferenciado, onde a educação tem papel relevante. Observando esta necessidade nas atividades teórico-práticas curriculares que envolveram a comunidade desde a 4ª fase, utilizou-se, complementarmente, neste trabalho, o Método Pedagógico de Paulo Freire para possibilitar a operacionalização da teoria Transcultural de Madeleine Leininger, considerando que este educador enfatiza aspectos sócio-político-culturais dos indivíduos, entendido, aqui, como deficitários na sociedade.

O estágio foi desenvolvido em uma comunidade do Sul Catarinense, no município de Garopaba. A escolha foi definida após o conhecimento de alguns projetos de pesquisa desenvolvidos no local, envolvendo a comunidade pesqueira, dentre eles o NUCRON/UFSC¹, que assiste aos pacientes em situação crônica de saúde, alvo deste trabalho. Todavia, sentiu-se o desejo de conhecer uma realidade diferente da vivenciada durante o Curso de Graduação em Enfermagem, e especialmente, em vista da oferta de trabalho concentrar-se em localidades como esta.

As mudanças que se processam no mundo e que determinam as modificações nas pessoas somente poderão ser compreendidas através da participação crítica dos sujeitos. Esta participação significa que, em lugar de teorizar, é preciso refletir e atuar sobre a realidade. No entanto, o ser humano será tão mais crítico quanto mais próximo estiver da plenitude dessa participação, isto é, se sua ação abranger uma reflexão crítica que organize gradualmente seu pensamento levando-o a sair do conhecimento ingênuo e teórico da realidade, para um nível mais elevado de ação, que lhe permita perceber as causas da realidade.

Destarte, partindo do princípio de que cada ser humano é único, dotado de crenças, valores e hábitos que constituem sua cultura, desejou-se poder contribuir com a comunidade,

¹ Núcleo de Convivência em Situação Crônica de Saúde - Universidade Federal de Santa Catarina. Criado na década de 80, com a finalidade de desenvolver conhecimento acerca da saúde de pessoas em condições crônicas, com a preocupação de melhorar sua Qualidade de Vida.

favorecendo a aprendizagem do viver saudável em seu estado crônico de saúde, tentando melhorar ou manter sua qualidade de vida, pois a partir do momento em que o profissional enfermeiro percebe o valor de cada cultura, desenvolve a capacidade de avaliar a coerência de certos hábitos dos indivíduos/família/grupo para intervir de forma humanizada e dialógica ao perceber prejuízos à saúde dos sujeitos.

II. OBJETIVOS

2.1. Geral

Prestar cuidado à pessoa em condição crônica de saúde e, extensivamente, à sua família, em uma comunidade da região sul catarinense, referenciando a teoria transcultural de Madeleine Leininger, numa perspectiva participativa e dialógica.

2.2. Específicos

- I.** Aprofundar os conhecimentos teóricos e práticos sobre o viver em uma condição crônica de saúde e a influência da cultura e do ambiente sobre a pessoa e sua respectiva família.
- II.** Identificar a percepção da qualidade de vida dos indivíduos/família em condição crônica de saúde.
- III.** Desenvolver o cuidado de Enfermagem através de consultas de Enfermagem e/ou visitas domiciliares.
- IV.** Desenvolver educação para a saúde com grupos a partir de uma relação dialógica e participativa, considerando os aspectos sócio-econômico-culturais e ambientais.
- V.** Participar das atividades administrativas da Unidade Sanitária Campo D'una do Município de Garopaba - SC, como modo de inserção no campo de estágio e no inter-relacionamento com a equipe.

VI. Refletir a adequabilidade do referencial teórico à prática desenvolvida.

III. REVISÃO DE LITERATURA

3.1. Políticas de Saúde – SUS

Até o final do século XIX, o Brasil não tinha uma forma de atuação sistemática sobre a saúde da população, todavia, de forma eventual, atuava em situações de epidemias. A economia, no início do século XX, era essencialmente agrícola e as divisas necessárias para o crescimento do país eram oriundas, principalmente, da exportação agrícola. Entretanto, as primeiras iniciativas do governo no campo da atenção à saúde ocorrem a partir de interesses meramente mercantis, ainda que até a Constituição de 1988, a saúde não era direito de todos. A assistência médica era permitida apenas àqueles que tinham carteira assinada e pagavam a Previdência Social. Portanto, a população que não podia pagá-la e não tinha “INPS” era considerada indigente ou carente (FONTINELE JR, 2003).

O modelo oficial da saúde no país era centrado na assistência médica. Com significativo crescimento dos serviços médicos privados, especialmente os hospitais, mal distribuídos e concentrados nas grandes cidades.

Em 1979 surgiu, na área dos profissionais de saúde, um movimento denominado Movimento Sanitário, o qual apresentou e discutiu publicamente, pela primeira vez, uma proposta de reorientação do sistema de saúde (FONTINELE JR, 2003).

Em 1986, a 8ª Conferência Nacional de Saúde, com ampla participação da sociedade, discutiu a situação da saúde no país e aprovou um relatório cujas recomendações passariam a constituir o projeto da Reforma Sanitária Brasileira. Esta, continha os princípios que deveriam orientar a implantação de um Sistema Único de Saúde – SUS (TRAMONTINA & ZANINI, 2002):

a) Universalidade: a saúde é compreendida como um direito de todo e qualquer cidadão e um dever do Estado. Desta forma, qualquer cidadão passa a ter direito de ser atendido gratuitamente em todos os serviços públicos de saúde como também aqueles contratados pelo poder público, mesmo que este indivíduo pague ou não a Previdência Social.

b) Equidade: significa que qualquer indivíduo tem garantido o atendimento, em igualdade de condições, nos diferentes níveis de complexidade do sistema (desde os mais simples até os mais especializados), de acordo com a necessidade que o caso requeira. Dentro deste princípio, de forma alguma as diferenças individuais (econômicas e sociais) podem apresentar impedimentos para o consumo de bens e serviços de saúde.

c) Integralidade: o homem deve ser visto como um ser integral, ou seja, ele constitui um todo indivisível e membro de uma comunidade. Dessa forma, as ações de saúde não podem ser compartimentalizadas, como se fossem específicas para cada parte da pessoa. Antes devem estar direcionadas, ao mesmo tempo, para o indivíduo e para a comunidade como um todo, para a prevenção e para o tratamento, com respeito pela dignidade humana.

d) Descentralização: o poder de decisão deve ser daqueles que são responsáveis pela execução das ações em saúde, pois, quanto mais perto do problema, mais chance há de se aplicar uma solução viável. Para isso deve ocorrer uma redistribuição do poder entre os vários níveis do governo, sendo que os serviços e ações restritas a um município deve ser de responsabilidade do Município, enquanto as ações que alcançam vários municípios ou todo o território nacional devem ser, respectivamente, estaduais ou federais.

e) Racionalidade: os serviços do sistema devem estar organizados de acordo com as necessidades reais da população a ser atendida. Para isto, o SUS deve se organizar a partir de pequenas regiões e ser planejado para suas respectivas populações. Os serviços devem estar dispostos em níveis de complexidade crescentes, onde as pessoas tenham acesso direto aos serviços menos complexos e, quando necessário, sejam encaminhadas aos serviços de maior complexidade.

f) Resolutividade: significa que quando um indivíduo busca o atendimento ou quando surge um problema de impacto coletivo sobre a saúde, o serviço deve estar capacitado técnica e administrativamente para atender e resolver, com qualidade, todas as necessidades apresentadas por sua demanda. No entanto, se o problema vai além da competência do serviço, este deve encaminhar para outros serviços mais complexos até que o problema seja solucionado.

g) Participação: é a garantia constitucional de que a população poderá participar, através de suas entidades representativas, do processo de formulação das políticas de saúde e do controle da sua execução, em todos os níveis governamentais (desde o federal até o municipal).

Em 1988 o texto constitucional consagrou a saúde como direito de todos e dever do estado, e estabeleceu as bases legais que tornavam os municípios como responsáveis pela elaboração da política de saúde (FONTINELE JR, 2003).

Entretanto, o fato das leis básicas existirem não garantiu, por si só, a real construção do SUS. Para tal fez-se necessário muito trabalho e esforço para assegurar o que já nos era de direito.

O financiamento do SUS é feito com os recursos da Seguridade Social que, por sua vez, provém das receitas da União, Estados, Distrito Federal e Municípios e das contribuições sociais. No entanto, atualmente parte dos recursos financeiros são provenientes das contribuições sociais e não do governo, o que reflete a negligência dos governantes do país (KAWAMOTO; SANTOS & MATTOS, 1995).

O processo de construção do Sistema Único de Saúde enfrenta, no momento atual, um dos maiores, senão o maior desafio, aquele de cujo encaminhamento resultarão o desenho organizacional e a configuração do conjunto das práticas de atenção à saúde que se realizam no cotidiano das instituições e serviços. Trata-se de garantir, através da formulação e implementação de políticas e estratégias de mudanças na gestão, organização e financiamento do sistema, que se consolide o processo de mudança do modelo assistencial, processo esse que vem desenvolvendo, principalmente, a partir de 1993-1994, quando se desencadearam a municipalização e a implementação da estratégia de Saúde da Família. (TEIXEIRA, 2004)

3.2. PSF – Programa de Saúde da Família

O Ministério da Saúde criou, em 1994, o Programa Saúde da Família (PSF) com o propósito de reorganizar a prática da atenção à saúde em novas bases e substituir o modelo tradicional, levando a saúde para mais perto da família e, com isso, melhorar a qualidade de vida dos brasileiros (BRASIL, 2001).

A estratégia do PSF prioriza as ações de prevenção, promoção e recuperação da saúde das pessoas, de forma integral e contínua. O atendimento é prestado na unidade básica de saúde ou no domicílio, pelos profissionais (médicos, enfermeiros, auxiliares de enfermagem e agentes

comunitários de saúde) que compõem as equipes de Saúde da Família. Assim, esses profissionais e a população acompanhada criam vínculos de co-responsabilidade, o que facilita a identificação e o atendimento aos problemas de saúde da comunidade (BRASIL, 2001).

Diante dos bons resultados já alcançados, o Ministério da Saúde estimula a ampliação do número de equipes de Saúde da Família no Brasil. Por conseguinte, é fundamental a mobilização das comunidades e dos prefeitos, porquanto somente por intermédio deles a implementação poderá ser feita nos municípios.

A estratégia do PSF incorpora e reafirma os princípios básicos do Sistema Único de Saúde (SUS) - universalização, descentralização, integralidade e participação da comunidade - e está estruturada a partir da Unidade Básica de Saúde da Família, que trabalha com base nos seguintes princípios (FONTINELE JR, 2003).

Caráter substitutivo: O PSF não significa criação de novas unidades de saúde, exceto em áreas totalmente desprovidas das mesmas.

Integralidade e Hierarquização: A Unidade de Saúde da Família está inserida no primeiro nível de ações e serviços do sistema local de assistência, denominado atenção básica. Deve estar vinculada à rede de serviços, de forma a garantir a atenção integral aos indivíduos e famílias e assegurar a referência e a contra-referência para clínicas e serviços de maior complexidade, sempre que o estado de saúde da pessoa assim exigir.

Territorialização e cadastramento da clientela: A Unidade de Saúde da Família trabalha com território de abrangência definido e é responsável pelo cadastramento e o acompanhamento da população vinculada (adscrita) a esta área. Recomenda-se que uma equipe seja responsável por, no máximo, 4.500 pessoas.

Equipe multiprofissional: Cada equipe do PSF é composta, no mínimo, por um médico, um enfermeiro, um auxiliar de enfermagem e de quatro a seis agentes comunitários de saúde (ACS). Outros profissionais - a exemplo de dentistas, assistentes sociais e psicólogos - poderão ser incorporados às equipes ou formar equipes de apoio, de acordo com as necessidades e possibilidades locais. A Unidade de Saúde da Família pode atuar com uma ou mais equipes, dependendo da concentração de famílias no território sob sua responsabilidade.

É importante resgatar o significado estratégico da regionalização dos sistemas de serviços, bem como avançar no debate em torno das possibilidades de articulação entre as diversas alternativas de mudança na organização, no conteúdo e nas relações estabelecidas no

âmbito das práticas de saúde, como é o caso das propostas elaboradas em torno das noções e conceitos de “acolhimento” e “vínculo”, “promoção e vigilância da saúde”, “ações programáticas”, “clínica ampliada” e outras. Além destas, originárias, em sua maioria, do ambiente acadêmico, ainda que experimentadas largamente no âmbito dos serviços, notadamente em nível municipal e local, cabe destacar a Saúde da Família, a única que, por ter sido elevada à categoria de “estratégia de mudança do modelo assistencial” pelo Ministério da Saúde, particularmente a partir do 1998, vem sendo implantada de forma a abarcar, paulatinamente, toda a rede de serviços básicos do SUS. (TEIXEIRA, 2004)

A estratégia do PSF foi iniciada em junho de 1991, com a implantação do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Em janeiro de 1994, foram formadas as primeiras equipes de Saúde da Família, incorporando e ampliando a atuação dos agentes comunitários (o número de ACS varia de acordo com o tamanho do grupo sob a responsabilidade da equipe, numa proporção média de um agente para 575 pessoas acompanhadas) (FONTINELE JÚNIOR, 2003).

Funcionando adequadamente, as unidades básicas do programa são capazes de resolver 85% dos problemas de saúde em sua comunidade, prestando um atendimento de bom nível, prevenindo doenças, evitando internações desnecessárias e melhorando a qualidade de vida da população (FONTINELE JR, 2003).

Atribuições dos membros das equipes:

Médico: atende a todos os integrantes de cada família, independente de sexo e idade, desenvolve com os demais integrantes da equipe, ações preventivas e de promoção da qualidade de vida da população.

Enfermeiro: supervisiona o trabalho do ACS e do Auxiliar de Enfermagem, realiza consultas na unidade de saúde, bem como assiste às pessoas que necessitam de cuidados de enfermagem, no domicílio.

Auxiliar de enfermagem: realiza procedimentos de enfermagem na unidade básica de saúde, no domicílio e executa ações de orientação sanitária.

Agente Comunitário de Saúde: faz a ligação entre as famílias e o serviço de saúde, visitando cada domicílio pelo menos um vez por mês; realiza o mapeamento de cada área, o cadastramento

das famílias e estimula a comunidade para práticas que proporcionem melhores condições de saúde e de vida (FONTINELE JR, 2003).

Segundo Fontinele Júnior (2003), cada equipe é capacitada para:

- ✓ conhecer a realidade das famílias pelas quais é responsável, por meio de cadastramento e diagnóstico de suas características sociais, demográficas e epidemiológicas;
- ✓ identificar os principais problemas de saúde e situações de risco aos quais a população que ela atende está exposta;
- ✓ elaborar, com a participação da comunidade, um plano local para enfrentar os determinantes do processo saúde/doença;
- ✓ prestar assistência integral, respondendo de forma contínua e racionalizada à demanda, organizada ou espontânea, na Unidade de Saúde da Família, na comunidade, no domicílio e no acompanhamento ao atendimento nos serviços de referência ambulatorial ou hospitalar;
- ✓ desenvolver ações educativas e intersetoriais para enfrentar os problemas de saúde identificados.

Para Fontinele Júnior (2003) a implantação do Programa Saúde da Família depende, antes de tudo, da decisão política da administração municipal, que deve submeter a proposta ao Conselho Municipal de Saúde e discutir o assunto com as comunidades a serem beneficiadas. O Ministério da Saúde, juntamente com as Secretarias Estaduais de Saúde, está empenhado em dar todo o apoio necessário à elaboração do projeto e à sua implantação, que começa com as seguintes etapas:

- ✓ identificar as áreas prioritárias para a implantação do programa; mapear o número de habitantes em cada área;
- ✓ calcular o número de equipes e de agentes comunitários necessários;
- ✓ adequar espaços e equipamentos para a implantação e o funcionamento do programa;
- ✓ solicitar formalmente à Secretaria Estadual de Saúde a adesão do município ao PSF;
- ✓ selecionar, contratar e capacitar os profissionais que atuarão no programa.

Ainda, segundo Fontinele Junior 2003, o principal propósito do PSF, um tanto quanto subjetivo, é o de reorganizar a prática da atenção à saúde em novas bases para substituir o modelo tradicional, levando a saúde para mais perto da família e, como isso, melhorar a

qualidade de vida dos brasileiros (ou seria melhor dizer: afastar as famílias carentes, incômodas que são para os dados estatísticos de governos e políticas emergentes, dos centros de assistências especializados e voltados para uma assistência tecnicista e prioritariamente curativa).

Entretanto, a estratégia prioriza ações de prevenção, promoção e recuperação da saúde das pessoas, de forma integral e contínua. O atendimento é prestado na unidade básica de saúde ou no domicílio, pelos profissionais (médicos, enfermeiros, auxiliares de enfermagem e agentes comunitários de saúde) que compõe as equipes de Saúde da Família. Por conseguinte, esses profissionais e a população acompanhada criam vínculos de co-responsabilidade, o que facilita a identificação e o atendimento aos problemas de saúde da comunidade.

Em 13 de fevereiro de 2004, o Ministro de Estado da Saúde institui a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde como estratégia do Sistema Único de Saúde para a formação e o desenvolvimento de trabalhadores para o setor, através da portaria 198/GM do Ministério da Saúde, levando em consideração:

- a importância da integração entre o ensino da saúde,
- o exercício das ações e serviços,
- a condução de gestão e de gerência e a efetivação do controle da sociedade sobre o sistema de saúde como dispositivo de qualificação das práticas de saúde e da educação dos profissionais de saúde;
- que a Educação Permanente é o conceito pedagógico, no setor da saúde, para efetuar relações orgânicas entre ensino e as ações e serviços e entre docência e atenção à saúde, sendo ampliado, na Reforma Sanitária Brasileira, para as relações entre formação e gestão setorial, desenvolvimento institucional e controle social em saúde; e, que esta realiza a agregação entre aprendizado, reflexão crítica sobre o trabalho e resolutividade da clínica e da promoção da saúde coletiva.

Garante, com isso, compromisso com a manutenção da qualidade dos profissionais de saúde, e conseqüente melhoria nos atendimentos e na qualidade de vida da população.

3.3. Qualidade de vida

Para uma melhor compreensão da complexidade deste tema, torna-se necessária a revisão de alguns conceitos de qualidade de vida já formulados por alguns autores pertinentes à prática proposta:

Para Meeberg (1993), o conceito de qualidade de vida é um constructo multifacetado que integra o comportamento individual e as capacidades cognitivas, o bem-estar emocional e físico, que se manifesta na performance doméstica, profissional e nos papéis sociais do indivíduo. Numa tentativa de conceituar qualidade de vida, diz ser este um sentimento global de satisfação com a vida, determinada pelo indivíduo mentalmente alerta, cuja vida está sendo avaliada. Destarte, qualidade de vida tem componente subjetiva, em vista do sentido de satisfação pessoal estar intrínseco ao conceito e, aspectos objetivos, necessários a sua manifestação concreta.

Dalkey, *apud* Ferrans (1985, p. 15), define qualidade de vida "como um senso pessoal de bem viver, que depende de sua satisfação ou insatisfação, felicidade ou infelicidade com a vida". Para McMillan, *apud* Mercês (1998), qualidade de vida é um elemento essencial para a existência humana, geralmente se referindo a composição de vários aspectos de vida e funcionamento humano, que são considerados fundamentais para a vida.

Segundo Twycross (1986, p. 8), "qualidade de vida é a satisfação subjetiva de vida e/ou expressada pelo indivíduo, sendo influenciada pelos aspectos pessoais, físicos, psicológicos, social e espiritual. Há uma boa qualidade de vida, quando as aspirações dos indivíduos estão satisfeitas e cumpridas na existência atual".

Padilha e Souza (1999, p. 11), definem que "qualidade de vida é a condição da existência do ser humano referida aos modos de viver em sociedade, isto é, dentro dos limites que são colocados em cada momento histórico para se viver o cotidiano. Esta existência também deve satisfazer as exigências e demandas que este mesmo cotidiano cria para as pessoas que compõem a sociedade".

Qualidade de vida implica num processo de avaliação de como se vive, e consequentemente do contexto em que se processa este viver e dos seus componentes, ou seja, dos usuários dos nossos serviços e dos profissionais de saúde, permeada pelos significados atribuídos coletivamente no tempo e no espaço (STEWART, 1992).

Kleinpell (1991) propõe três categorias para análise da qualidade de vida das pessoas. São elas:

1. ter satisfação com a vida em geral;

2. ter capacidade mental para avaliar sua própria vida como satisfatória ou não;
3. ter estado aceitável de saúde física, mental, social e emocional, de acordo com as necessidades do indivíduo.

A reflexão sobre as categorias propostas levam a constatação de que, para o autor (KLEINPELL, 1991), a qualidade de vida depende muito mais da forma como os indivíduos percebem e avaliam a sua própria vida. Todavia, como salientam Pires, Matiello Jr e Gonçalves (1998, p. 54) esta é uma forma muito subjetiva que tende a ser enviesada "tanto por mecanismos sociais de resignação e de baixa expectativa causadas pela pobreza crônica, como pelo seu inverso, isto é, a insatisfação frente à febre de consumismo desenfreado e ascendente, marca da sociedade pós-industrial".

A OMS definiu qualidade de vida como "a percepção do indivíduo de sua posição na vida, no contexto da cultura e sistema de valores nos quais ele vive e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações" (WHOQOL GROUP, 1995).

Qualidade de Vida diz respeito aos atributos e às propriedades que qualificam a vida, e ao sentido que cada ser humano dá a ela. Neste sentido, inclui-se a expressão de qualidade de vida, suas possibilidades e limitações individuais e coletivas, enquanto satisfação de necessidades, como ter comida, trabalho, lazer, interação social, educação, entre outras (Padilha; Rabelo, 1999, p. 255).

Considerando a variedade de conceitos encontrados na literatura, o último condiz com a síntese alcançada no final do milênio por Minayo, Hartz e Buss (2000, p. 10) quando afirmam que "a noção de qualidade de vida transita em um campo semântico polissêmico: de um lado, está relacionada a modo, condições e estilos de vida. De outro, inclui as idéias de desenvolvimento sustentável e ecologia humana. E, por fim, relaciona-se ao campo da democracia, do desenvolvimento e dos direitos humanos e sociais. No que concerne à saúde, as noções se unem em uma resultante social da construção coletiva dos padrões de conforto e tolerância que determinada sociedade estabelece, como parâmetros para si".

Embora concordemos com os conceitos acima elaborados pelos diversos autores, que enfatizam, em sua grande maioria, a idéia de satisfação e/ou percepção de vida, pretendemos, nesta prática, focar a assistência a partir do conceito construído pelo público alvo deste trabalho.

3.4. Educação para a saúde

A educação influencia, de maneira ampla e profunda, a existência do homem. Ela tem sido a prática fundamental para o desenvolvimento humano. É a educação que destingue os homens dos demais seres vivos, sendo este, um dos mais importantes aspectos. A educação tem um papel determinante no próprio processo de humanização do homem e de transformação social.

Segundo Paulo Freire (1979), a educação é um processo sustentado por uma concepção dialética, em que o educador e o educando aprendem juntos numa relação dinâmica, na qual a prática, orientada pela teoria, re-orienta essa teoria, num processo constante de aperfeiçoamento.

Freire aponta que a melhor maneira de refletir e pensar a prática é retornar à ela para transformá-la. Portanto, é conveniente pensar o concreto, a realidade e não pensar pensamentos.

Todavia, Freire afirma que a educação existe para e pelo homem pois este tenta sempre aprimorar-se e ser mais no mundo. Com o suporte de um processo educativo, ele pode transformar a realidade vivida.

A educação faz parte do crescimento e desenvolvimento do homem e acontece continuamente durante sua existência, em sua relação com os outros e com o ambiente.

Rios (1994), diz que precisamos utilizar a ética como “mediadora na atuação profissional, até porque ela se fará presente na definição e organização do saber que será transmitido e, ao mesmo tempo na direção que será dada a esse saber na sociedade”. Ainda segundo a autora, “Educação é transmissão de cultura”. Isso implica em necessidade de compreensão e respeito à cultura do outro.

Decodificando o que descreve Catão (1995), “a realidade sociocultural do ser cuidado é um dado, contra o qual nada se pode. O papel da educação é contribuir para que o próprio ser administre este dado, conforme sua realidade e possibilidade”

Pilon *apud* Patrício (1996) refere que todos os homens têm seu projeto de vida e podem desenvolver os recursos pertinentes a partir do que crêem importante e significativo para suas vidas. A tarefa da educação não é dizer-lhes o que é importante, mas facilitar as condições para que vejam eles mesmos a importância das coisas.

Como escreve Ros (1997, p. 86) “toda relação humana é educativa (...), a educação é uma experiência psicológica baseada em regras, princípios ou normas gerais de comportamentos. Estas regras, princípios, normas que subjazem ou forjam comportamentos correspondem a formações sociais advindas da materialidade das relações humanas produzidas pelos homens entre si e aprendidas ou repassadas na mente humana de acordo com as relações sociais”.

Rosa (1994) enuncia que a finalidade da educação é a vida, o método, o alimento que põe em ação os mecanismos que dão sentido aos fins do processo educativo.

Para Critelli (1981, p. 41) “a ação educacional é uma ação, é um fazer que em si mesmo não é ciência. A educação não é ciência como teoria do real, ela é a ação de arrancar de ..., conduzir para ...”

O processo educativo, seja ele específico ou não, quando exercido de modo intencional pode gerar organização e ampliar as condições de cidadania da população, e conseqüentemente mobilizá-la para seus enfrentamentos e ações no sentido de contribuir para melhoria da sua qualidade de vida. Este é um processo que exige co-responsabilidade, auto determinação e participação, elementos que emergem a medida em que os indivíduos adquirem o conhecimento da realidade que os cerca.

Marcelino, Schumacher e Souza (1999), escrevem que o ato de aprender não é produto, mas um processo complexo que constrói conhecimentos formais envolvendo as dimensões biológica, afetiva e social do ser humano, transformando sucessivamente sua forma de pensar e comportar-se. (...) aprender consiste na dinâmica de pólos: sujeito realidade e outros.

A busca do conhecimento, através do ato educacional, pode ser considerada uma necessidade vital. Não se pode forçar a pessoa a progredir, porquanto pode-se instigá-la a fazer, a criar possibilidades para si, e conduzi-la a novos desempenhos. A educação ajuda ao crescimento e a mudança.

3.5. Grupo

Para Zimerman e Osório (1997), um grupo não é um mero somatório de indivíduos; mas constitui-se como nova entidade, com leis e mecanismos próprios e específicos. O grupo é uma unidade que se comporta como uma totalidade e vice-versa, de modo que, tão importante

quanto o fato dele se organizar a serviço de seus membros, é também a recíproca disso. Cabe dizer que todo indivíduo é um grupo na medida em que, no seu interno, existe um grupo de personagens introjetados, como pais, irmãos, etc., que convivem e interagem entre si. Os autores afirmam, outrossim, que um conjunto de pessoas constitui um grupo, um conjunto de grupos constitui uma comunidade e um conjunto de comunidades configura uma sociedade. Para os autores, esse grupo reproduz em miniaturas as características sócio-econômico-culturais, políticas e a dinâmica psicológica do grande grupo (sociedade) em que está inserido.

Para Freire (1995), um grupo é um conjunto de pessoas movidas por necessidades semelhantes, que se reúnem por necessidades específicas. Em um grupo, cada participante exercita sua fala, seu silêncio e defende seus pontos de vista, pois são individualidades distintas. Na vivência grupal, cada ser é sujeito e vai percebendo, dentro de si, a presença do outro, constituindo assim, a característica primordial de um grupo.

Freire (1995) diz ainda que o indivíduo é ser geneticamente social, ou seja, a identidade do sujeito é produto das relações com o outro. O ser individual nada mais é que um reflexo, onde a imagem de um espelho reflete é a de um “eu” que aparenta unicidade, mas é composto por inumeráveis marcos de falas, presença de modelos de outros. Um grupo é constituído de partes com características próprias e únicas onde cada um exercita sua fala, sentimentos e ações. Dessa forma, pelo aglomerado de partes que irão constituir o grupo, é que surgirá as atividades de dinâmica de grupo.

Segundo Silva *et al* (2001), pertencer a um grupo implica a construção de um processo de socialização, onde são estabelecidos códigos, reconhecidos valores e assimilada uma linguagem comum.

Miranda (2000), postula a idéia de que, naturalmente, nos agregamos, nos dispersamos e indo juntarmo-nos a outro grupo. Na sociologia, Ferreira *apud* Francioni (2002) diz que grupo é uma forma elementar de agregação social, que se considera como um todo, com tradições morais e materiais.

Segundo Munari e Rodrigues (1997), é importante o que se aprende com o próprio grupo, pois através dessa vivência as pessoas podem aprender como são vistas por outras pessoas, como elas se colocam frente à si próprias, frente aos outros, e ainda porque agem de determinada forma nos seus relacionamentos.

A possibilidade do indivíduo partilhar problemas semelhantes, leva a percepção de que não é o único que sofre ou tem dificuldades. A convivência com o grupo que congrega pessoas com problemas semelhantes proporciona uma experiência que pode desenvolver um clima de muito valor terapêutico. Essa situação ajuda os participantes a quebrarem barreiras criadas por sentimentos de solidão e isolamento, especialmente pela possibilidade de receberem “feed-back” e sugestões construtivas de outras pessoas que vivenciaram ou vivenciam os mesmos problemas (MUNARI; RODRIGUES, 1997).

“Uma prática educativa que se propõem a trabalhar com grupos, tem a interação de reconstrução coletiva do viver cotidiano das pessoas que dele participam, problematizando suas situações de vida. Isso requer que os profissionais, que nesses grupos assumem o papel de facilitadores do processo ensino-aprendizagem optem pelo compromisso com a educação para a saúde, contemplando: a compreensão da situação, a perseguição de compromissos saudáveis, a promoção de uma consciência social dos determinantes da saúde e ativação do desenvolvimento de potencialidades e de personalidades” (TRENTINI; SILVA, 1999, p. 6)

Um grupo, pode ser a cada encontro: imprevisível, algo inusitado, cheio de surpresas; apresentar aspectos desconhecidos, mesmo que todos se conheçam; desafiador a cada encontro, o grupo faz sua história, rompe com o estabelecido em favor da mudança. Outrossim, um grupo é constituído através da constância da presença de seus elementos, na contínua rotina de suas atividades e na organização sistematizada de encaminhamentos. Constrói-se ainda o grupo, no espaço heterogêneo das diferenças entre cada participante, enfrentando o medo que o diferente e o novo provocam, exercitando o risco de ousar. Um grupo sedimenta-se através de explosões, de conflitos, de rompimentos e no medo de causar rupturas. Estabelece, também, um vínculo de autoridade entre seus membros, tidos como iguais, ao mesmo tempo que se fortalece a cumplicidade. Um grupo, ao se construir, precisa realizar um trabalho árduo de reflexão por parte de cada um dos seus participantes e do educador (profissional de saúde), bem como da ação exigente e rigorosa, de ambas as partes (FREIRE, 1995).

Embora existam muitos tipos de grupo e várias maneiras de classificá-los, uma é particularmente útil para entender-se a influência dos mesmos sobre o comportamento individual, qual seja a que diferencia grupo primário e secundário.

No grupo primário o relacionamento é regular e íntimo. Um exemplo típico deste tipo de grupo é a família. Todavia, os grupos secundários podem ser formal ou informal, sendo que o

grupo secundário formal é aquele grupo deliberadamente formado, tendo objetivos e duração definidos e como exemplo podemos citar grupo de estudo e de convivência. Os grupos secundários informais são aqueles formados livremente por escolha e por interação social. Eles se desenvolvem naturalmente porque os participantes gostam um do outro e procuram oportunidades para passar tempo juntos, como é o caso do grupo de amigos (DASHIFF *apud* BELTRAME, 2000). Outro tipo de grupo citado por este autor e que influencia o comportamento individual, é o chamado grupo de referência, pois o mesmo serve de referência para determinados julgamentos, crenças, valores e comportamentos. O grupo de referência pode ser aquele em que o indivíduo identifique-se e aspire pertencer no futuro, ou aquele que proporciona uma referência negativa, fazendo com que o indivíduo identifique modelos de comportamentos a serem evitados.

Os grupos deliberadamente formados podem ter vários objetivos e receberem a denominação conforme estes objetivos, podendo ser grupos de convivência ou grupos focais.

Os grupos de convivência são formados por um grupo de pessoas que têm necessidades em comum e concordam em compartilhar suas experiências objetivando o crescimento pessoal e melhora do seu processo de viver. Já os grupos focais são formados com o objetivo específico de coletar dados para uma pesquisa específica e assim seus objetivos são delineados conforme o tema a ser investigado pelo pesquisador (TRENTINI; GONÇALVES, 2000).

É incontestável que o grupo influencia o comportamento individual e que também o indivíduo influencia o comportamento do grupo. Esta influência mútua ocorre através do processo de comunicação e interação que ocorre no interior dos grupos.

“O papel do enfermeiro neste contexto, consiste em facilitar que esses benefícios terapêuticos possam emergir e não simplesmente apresentar aos clientes a sua solução, uma vez que é fundamental que cada indivíduo tenha a sua percepção e que possa aprender a transportar seus “insights” para o seu cotidiano” (MUNARI; RODRIGUES, 1997, p. 92). Portanto, a enfermeira que trabalha com grupos necessita de algumas qualidades para que possa exercer com competência a sua função de facilitadora. Algumas qualidades são inatas podendo ser desenvolvidas e aprimoradas ao passar dos tempos, e outras, podem ser aprendidas especialmente para se trabalhar com grupos.

Zimmerman e Osório (1997), denominam essas qualidades como atributos, dizendo que são um conjunto de condições desejáveis e, muitas vezes, imprescindíveis para qualquer pessoa

que queira trabalhar com grupos. Dentre esses atributos destacam: - gostar e acreditar nos grupos, porquanto o grupo capta com facilidade o sentimento passado pelo moderador; - amor às verdades, não se referindo à busca obsessiva das verdades, mas à condição de ser verdadeiro, pois só assim poderá contribuir para que os participantes façam mudanças internas e, por conseguinte, a mudança de comportamento. As verdades ainda que penosas, devem ser ditas; - coerência, sendo que uma das funções do moderador é a educação, o mesmo deve ser coerente nas suas opiniões e com isso não levar os participantes a se sentirem confusos e abalar a confiança do grupo para com ele; - senso ético, dando liberdade para que todos possam expressar seus sentimentos, opiniões e manter o anonimato do que foi lhe revelado; - respeito, entendido como a capacidade do moderador em repadronizar-se e olhar os participantes do grupo sem rótulos, respeitando as inibições e as características pessoais de cada um; - paciência, para que cada pessoa reduza a ansiedade e adquira confiança nos demais; - comunicação, que tem sua importância tanto na forma como no conteúdo da mensagem a ser emitida.

Torna-se difícil identificar qual dessas qualidades é a mais importante, considerando que todas são relevantes para que o facilitador/mediador possa interagir com o grupo, de maneira que passe a fazer parte do mesmo. Os assuntos emergidos do grupo devem ser discutidos com base no saber popular e científico, o que nos leva a desenvolver um cuidado culturalmente coerente.

A prática do cuidado, quando feita em grupo, deve ser fundamentada num processo interativo de diálogo, na troca de idéias centrado na reflexão dos saberes que impõem os universos culturais do profissional e dos clientes, só assim haverá a possibilidade de transformação de ambos (PATRÍCIO, 1992).

3.6. Visita Domiciliar

A visita domiciliar (VD) é um instrumento (Anexo I) que possibilita à equipe identificar como se expressam, na família, as formas de trabalhos e vida dos membros que a compõem, como são socializadas entre os membros, quais padrões de solidariedade desenvolvem-se no contexto familiar e como estes podem contribuir para o processo de cuidado, cura ou recuperação de um de seus membros.

De acordo com Takahashi & Oliveira (2001, p.43) além de buscar “a identificação dessa funcionalidade familiar, a sua prática busca entender as funções sociais, econômicas, ideológicas e de reprodução da força de trabalho da família na sociedade. Facilita, ainda, o planejamento da assistência por permitir o reconhecimento dos recursos que a família dispõem. Podem também contribuir para melhoria do vínculo entre o profissional e o usuário, pois a VD é interpretada, freqüentemente, como uma atenção diferenciada advinda do serviço de saúde”.

Os pressupostos que orientam a VD segundo Takahashi & Oliveira (2001, p.43-44) são:

- ✓ nem toda a ida ao domicílio do usuário pode ser considerada uma V.D;
- ✓ para ser considerada uma VD, tal atividade deve compreender um conjunto de ações sistematizadas, que se iniciam antes e continuam após o ato de visitar o usuário em domicílio;
- ✓ a sua execução pressupõem o uso das técnicas de entrevista e de observação sistematizada;
- ✓ a realização da VD requer um profissional habilitado e com capacitação específica;
- ✓ na elaboração dos objetivos da VD é necessário considerar os limites e possibilidades do saber específico do profissional que a executará;
- ✓ a relação entre o profissional e o usuário deve estar pautada nos princípios da participação, da responsabilidade compartilhada, do respeito mútuo (crenças e valores relacionados ao processo de saúde-doença) e da construção conjunta da intervenção no processo saúde-doença;
- ✓ podem existir diferenças sócio-culturais e educacionais entre os profissionais e os usuários do serviço de saúde, que devem ser considerados no planejamento e execução da VD;
- ✓ a intervenção no processo saúde-doença pode ou não ser uma ação integrante da VD.

A técnica de VD compreende as seguintes etapas:

- ✓ planejamento
- ✓ execução
- ✓ registro de dados
- ✓ avaliação do processo

Planejamento

Takahashi & Oliveira (2001) recomenda que a V.D tenha sua finalidade alcançada, o profissional atinja o rendimento previsto para a realização das atividades, e tenha clareza e segurança do que irá fazer durante a visita.

A equipe de saúde estabelece alguns critérios, para que o planejamento inicie-se com a seleção das visitas, em seguida, deve-se estabelecer os objetivos da VD, que irão orientar a revisão de conhecimentos necessária para embasar a entrevista com o usuário e a observação do domicílio.

Posteriormente inicia-se a coleta de dados referentes à família a ser visitada, através da leitura do prontuário ou da troca de informações dos profissionais que já cuidaram ou que cuidam de algum membro ou de toda a família.

Execução

Após contato preliminar de identificação do profissional e exposição dos objetivos da visita, deve-se iniciar a entrevista, segundo o proposto para a VD. O profissional deve realizar a observação da dinâmica da família e ao término, deve resgatar os seus objetivos e fazer uma síntese do que foi realizado (TAKAHASHI & OLIVEIRA, 2001).

Registro de Dados

Tem por objetivo favorecer e orientar a continuidade do trabalho desenvolvido pelo profissional da saúde. As informações coletadas através da entrevista ou da observação devem ser relatadas de forma clara, objetiva, sintética e ter seqüência lógica, sendo que inicialmente são relatadas as informações colhidas, posteriormente as observadas e por fim, as intervenções realizadas. O relatório deve subsidiar a continuidade da assistência à família. Ainda no relatório, devem ser informadas as necessidades da família, bem como registrado os aspectos que precisam ser explorados no próximo encontro (NOGUEIRA & FONSECA, 1977; KAWWAMOTO *et al*, 1995; TAKAHASHI & OLIVEIRA, 2001).

Avaliação

Tem por objetivo verificar se o método planejado para a prestação de cuidados à família mostrou-se adequado, se os objetivos foram cumpridos e se os pressupostos da VD foram contemplados e, ainda, verificar a evolução da família na resolução de seus problemas, para que a equipe possa, dessa forma, traçar um novo plano de cuidado (NOGUEIRA & FONSECA, 1977; KAWWAMOTO *et al*, 1995; TAKAHASHI & OLIVEIRA, 2001).

3.7. Condição Crônica de Saúde

A definição de condição crônica de saúde é apresentada pela National Commission on Chronic Illness de 1956, como: “todos os obstáculos ou desvios do normal, os quais tem uma ou mais das seguintes características: são permanentes, deixam incapacidade residual, são causadas por alteração patológica irreversível, requerem um longo período de supervisão, observação e cuidado” (TRENTINI; SILVA, 1992, p. 78).

A seleção de apenas algumas das inúmeras cronicidades que afetam o indivíduo/família (HAS, DM e Depressão) para a revisão de literatura, deve-se ao fato das mesmas serem de maior incidência no campo em que desenvolvemos nossa Prática Assistencial. Portanto, julgamos indispensável conhecer e compreender o que são essas doenças, sua fisiopatologia, fatores predisponentes, tratamento, ações de Enfermagem, etc., permitindo que desenvolvêssemos um cuidado culturalmente coerente.

3.8. Hipertensão Arterial

O coração é uma bomba eficiente que bate de 60 a 80 vezes por minuto durante toda a vida e impulsiona de 5 a 6 litros de sangue por minuto para todo o corpo.

Pressão arterial é a força com a qual o coração bombeia o sangue através dos vasos. É determinada pelo volume de sangue que sai do coração e a resistência que ele encontra para circular no corpo.

Ela pode ser modificada pela variação do volume de sangue ou viscosidade (espessura) do sangue, da frequência cardíaca (batimentos cardíacos por minuto) e da elasticidade dos vasos. Os estímulos hormonais e nervosos que regulam a resistência sangüínea sofrem a influência pessoal e ambiental.

Hipertensão arterial é a pressão arterial acima de 140x90 mmHg (milímetros de mercúrio) em adultos com mais de 18 anos, medida em repouso de quinze minutos e confirmada em três vezes consecutivas e em várias visitas médicas.

Segundo Smeltzer & Bare (2002), embora a etiologia exata para a maioria dos casos de hipertensão não possa ser identificada, compreende-se que se trata de uma condição multifatorial. Como a hipertensão é um sinal, supõem-se que possua muitas causas. Para que a hipertensão ocorra deve haver uma alteração em algum dos fatores na equação de pressão arterial: resistência periférica ou débito cardíaco.

Para que a hipertensão se manifeste, deve haver um problema com os sistemas de controle que monitorizam ou regulam a pressão, além de uma ou mais alterações nos fatores na equação da pressão arterial.

Diversas hipóteses sobre as bases fisiopatológicas da pressão arterial elevada estão associadas ao conceito de hipertensão como uma condição multifatorial. Diante da superposição entre as hipóteses, é provável que os aspectos de todas mostrem-se, eventualmente, corretos. Entre elas pode-se destacar que a hipertensão é resultado de:

- ✓ atividade aumentada do sistema nervoso simpático ligada à disfunção do sistema nervoso autônomo
- ✓ reabsorção renal de sódio, cloreto e água aumentada ligada a uma variação genética nas vias pelas quais os rins manuseiam o sódio
- ✓ atividade aumentada do sistema renina-angiotensina-aldosterona, resultando em expansão do volume líquido extracelular e resistência vascular sistêmica aumentada
- ✓ vasodilatação diminuída das arteríolas ligadas à disfunção do endotélio vascular
- ✓ resistência à ação da insulina, que pode ser um fator comum ligando a hipertensão, diabetes mellitus do tipo II, hipertrigliceridemia, obesidade e intolerância à glicose.

Elevações ocasionais da pressão podem ocorrer com exercícios físicos, nervosismo, preocupações, drogas, alimentos, fumo, álcool e café.

Alguns cuidados devem ser tomados, ao verificar-se a pressão arterial:

- ✓ repouso de 15 minutos em ambiente calmo e agradável
- ✓ a bexiga deve estar vazia (urinar antes)
- ✓ após exercícios, álcool, café ou fumo aguardar 30 minutos para medir
- ✓ manguito do aparelho de pressão deve estar firme e bem ajustado ao braço e ter a largura de 40% da circunferência do braço, sendo que este deve ser mantido na altura do coração
- ✓ não falar durante o procedimento
- ✓ esperar 1 a 2 minutos entre as medidas
- ✓ manguito especial para crianças e obesos devem ser usados
- ✓ a posição sentada ou deitada é a recomendada na rotina das medidas
- ✓ vale a medida de menor valor obtido

A pressão arterial é considerada normal quando a pressão sistólica (máxima) não ultrapassar a 130 e a diastólica (mínima) for inferior a 85 mmHg.

De acordo com a situação clínica, recomenda-se que as medidas sejam repetidas pelo menos em duas ou mais visitas clínicas.

Quadro 1 - Variações da pressão arterial normal e hipertensão em adultos maiores de 18 anos em mmHg.

SISTÓLICA	DIASTÓLICA	Nível
< 130	< 85	Normal
130-139	85- 89	Normal limítrofe
140 -159	90 - 99	Hipertensão leve
160-179	100-109	Hipertensão moderada
> 179	> 109	Hipertensão grave
> 140	< 90	Hipertensão sistólica ou máxima

No Brasil, de 10 a 15% da população é hipertensa, porquanto um número significativo dessas pessoas desconhece que são portadoras de hipertensão.

A hipertensão arterial pode ser sistólica e diastólica (máxima e mínima) ou só sistólica (máxima). A maioria desses indivíduos, 95%, tem a hipertensão arterial chamada de essencial ou primária (sem causa) e 5% têm hipertensão arterial secundária associada a uma causa bem definida.

O achado de hipertensão arterial é elevado nos obesos, de 20 a 40%, nos diabéticos de 30 a 60%, nos negros de 20 a 30% e nos idosos de 30 a 50%. Nos idosos, quase sempre a hipertensão é só sistólica ou máxima.

A hipertensão arterial sistêmica é uma doença crônica que, quando não tratada e controlada adequadamente, poderá levar a complicações atingindo outros órgãos e sistemas.

No sistema nervoso central podem ocorrer infartos, hemorragia e encefalopatia hipertensiva.

No coração pode ocorrer cardiopatia isquêmica (angina), insuficiência cardíaca, aumento do coração e, em alguns casos, morte súbita.

Nos pacientes com insuficiência renal crônica associada sempre ocorre nefroesclerose.

No sistema vascular pode ocorrer entupimentos e obstruções das artérias carótidas, aneurisma de aorta e doença vascular periférica dos membros inferiores.

No sistema visual há retinopatia que reduz muito a visão dos pacientes.

A hipertensão arterial é um dos problemas médicos mais comuns na população mundial. É extremamente sério, porque é um mal silencioso e só reconhecido pelas lesões dos órgãos atingidos. É uma doença vascular de todo o organismo e deixa "marcas" nos órgãos atingidos: coração, cérebro, rins, vasos e visão.

O tratamento (BEYERS & DUDAS, 1989) da hipertensão inclui o controle de muitos hábitos da vida, além do tratamento medicamentoso. É essencial que os fatores de risco, como hipercolesterolemia e consumo de cigarro, sejam reduzidos. A compreensão e a cooperação do cliente e familiares são fundamentais para o tratamento a longo prazo, porquanto o cliente torna-se mais disposto a aceitar a responsabilidade de participar do tratamento, ao compreender a doença e a sua causa, tratamento e prognóstico. Urge fazer com que o paciente aceite que a hipertensão é uma doença para toda a vida, requerendo medicação, controle e mudanças no estilo de vida.

A enfermeira deve averiguar quais as modificações o cliente considera possíveis com relação às demandas do seu dia-a-dia. Juntos, enfermeira e cliente, podem explorar maneiras deste incorporar efetiva e realisticamente práticas terapêuticas ao seu programa diário. Ao mesmo tempo que leva em consideração as limitações impostas pela gravidade da condição do cliente, o esquema terapêutico deve permitir que o mesmo mantenha uma vida tão normal quanto possível, estabelecendo uma abordagem que garanta a aceitação a longo prazo pelo cliente.

Embora seja, muitas vezes, difícil para este imaginar que terá complicações decorrentes da doença, sobretudo quando está se sentindo bem, a enfermeira deve enfatizar o risco da hipertensão prolongada e não-controlada. O cliente deve ter consciência de que os vasos sangüíneos, especialmente nos olhos, coração, rins e cérebro, são danificados irreversivelmente caso a hipertensão não seja devidamente controlada.

Se o cliente tem um peso excessivo, a redução do peso com uma dieta de baixo valor calórico está indicada para reduzir a carga de trabalho do coração. Prescreve-se uma dieta pobre em sódio a fim de diminuir o volume plasmático e consequentemente reduzir a PA. A eliminação do consumo de alimentos preparados com sal, ou a não adição de sal no cozimento dos alimentos, às vezes é a única restrição necessária.

É importante o repouso adequado, favorecendo a anulação do estresse emocional. Exercícios de relaxamento podem ajudar no tratamento da hipertensão relacionada ao estresse. O aconselhamento psicossocial oferece aos clientes e familiares instrumentos que o permitam lidar com a ansiedade e cumprir o esquema terapêutico. O cumprimento de um programa de exames médicos periódicos é de fundamental importância para o tratamento da hipertensão.

Outro aspecto da prevenção e tratamento é a abstenção de estimulantes como o fumo, o álcool e algumas drogas. Deve-se dar oportunidade ao cliente de realizar perguntas sobre todos os detalhes da sua condição e tratamento. O esclarecimento é vital nesta assistência, principalmente quanto à orientação acerca dos medicamentos, seu objetivo, efeitos terapêuticos previstos e efeitos colaterais. Existem 6 classes de drogas anti-hipertensivas: os diuréticos (ex: hidroclorotiazida), os inibidores adrenérgicos (ex: clonidina e alfametildopa), os vasodilatadores (ex: Minoxildil), os inibidores da ECA (ex: captopril), os antagonistas dos canais de cálcio e os antagonistas do receptor da angiotensina II.

O tratamento medicamentoso visa reduzir as doenças cardiovasculares e a mortalidade dos pacientes hipertensos. Até o momento, a redução das doenças e da mortalidade

em pacientes com hipertensão leve e moderada foi demonstrada de forma convincente com o uso de medicamentos rotineiros do mercado. Na hipertensão severa e/ou maligna, as dificuldades terapêuticas são bem maiores. A escolha correta do medicamento para tratar a hipertensão é uma tarefa do médico.

Na hipertensão arterial primária ou essencial, o tratamento é inespecífico e requer atenções especiais por parte do médico. A hipertensão secundária tem tratamento específico, por exemplo, cirurgia nos tumores da glândula supra-renal ou medicamentos no tratamento do hipertireoidismo.

O tratamento medicamentoso deve observar os seguintes princípios:

- ✓ Medicamento deve ser eficaz por via oral e bem tolerado
- ✓ Deve permitir o menor número de tomadas diárias
- ✓ Tratamento deve ser iniciado com as doses menores possíveis e se necessário aumentado gradativamente ou associado a outros, com o mínimo de complicações
- ✓ Medicamento deve ter custo compatível com as condições socioeconômicas do paciente para permitir a continuidade do tratamento
- ✓ Mais sério problema no tratamento medicamentoso da hipertensão arterial é que ele pode ser necessário por toda a vida. Aí então o convencimento da necessidade do tratamento é muito importante para que o paciente tenha uma aderência permanente
- ✓ Os controles médicos devem ser periódicos para o acerto das dosagens medicamentosas e acompanhamento da evolução da doença cardiovascular

3.9. Depressão

A depressão é, reconhecidamente, um problema de saúde pública. Destarte, é um dos processos patológicos com maior frequência na atenção primária médica, com cerca de 10% de todas as novas consultas. Afeta a população em geral, sendo altamente incapacitante e interferindo de modo decisivo e intenso na vida pessoal, profissional, social e econômica dos portadores. É potencialmente letal, pois, em casos graves, existe o risco contínuo de suicídio (SILVA, FUREGATO, COSTA JR, 2003).

Depressão é um transtorno do humor. Inúmeras vezes, os termos depressão e transtornos afetivos são utilizados como equivalentes. Em seu sentido exato não são. Os

transtornos afetivos compõem uma categoria ampla de estado de ânimo (dificuldades no campo das emoções, na capacidade cognitiva, no comportamento e na regularidade das funções corporais). A depressão é a forma mais comum de transtornos afetivos (SILVA, FUREGATO, COSTA JR, 2003) e caracteriza-se por afetar o estado de humor da pessoa, deixando-a com um predomínio anormal de tristeza. Todas as pessoas, homens e mulheres, de qualquer faixa etária, podem ser atingidas, todavia, as mulheres são duas vezes mais afetadas que os homens. Em crianças e idosos a doença tem características particulares, entretanto a sua ocorrência em ambos os grupos é freqüente.

Na literatura encontram-se descritos os seguintes tipos de depressão: transtorno depressivo maior, distímia, depressão integrante do transtorno bipolar I e II e depressão, como parte da ciclotímia. Os tipos mais comuns são transtornos depressivos maior e transtorno bipolar I.

Na depressão como doença (transtorno depressivo), nem sempre é possível detectar com clareza sobre quais acontecimentos da vida levaram a pessoa a ficar deprimida, diferentemente das reações depressivas normais e das reações de ajustamento depressivo, nas quais é possível localizar o evento desencadeador.

As causas são múltiplas, de maneira que somadas podem iniciar a doença. Deve-se a questões constitucionais da pessoa, com fatores genéticos e neuroquímicos (neurotransmissores cerebrais) somados a fatores ambientais, sociais e psicológicos, como:

- ✓ Estresse;
- ✓ Estilo de vida;
- ✓ Acontecimentos vitais, tais como crises e separações conjugais, morte na família, climatério, crise da meia-idade, entre outros.

Na depressão utiliza-se como principal diagnóstico a intensidade do sofrimento, que dura a maior parte do dia por pelo menos duas semanas, nem sempre sendo possível saber porque a pessoa está assim. O mais importante é saber como a pessoa sente-se, como ela continua organizando a sua vida (trabalho, cuidados domésticos, cuidados pessoais com higiene, alimentação, vestuário) e como ela está se relacionando com outras pessoas, a fim de se diagnosticar a doença e se iniciar um tratamento médico eficaz.

Inúmeras pessoas sofrem em silêncio, seja porque não consultam, seja porque os profissionais não diagnosticam ou não tratam adequadamente. É fator de risco para outras enfermidades visto que as formas moderadas de depressão podem se apresentar mascaradas por outras queixas, tais como dor de cabeça persistente, dispepsia, falta de apetite, constipação, gosto ruim na boca, gerando altos custos para o sistema de saúde e para a sociedade (SILVA, FUREGATO, COSTA JR, 2003).

As pessoas deprimidas podem não procurar o médico devido aos próprios sintomas causadores da enfermidade, como a falta de energia, indecisão, insegurança e culpabilidade. Além do estigma associado à enfermidade mental, verifica-se a falta de atenção dos profissionais da saúde aos problemas emocionais (SILVA, FUREGATO, COSTA JR, 2003).

Freqüentemente o indivíduo deprimido sente-se triste e desesperançado, desanimado, abatido ou "na fossa", com "baixo-astral". Muitas pessoas com depressão, contudo, negam a existência de tais sentimentos, que podem aparecer de outras maneiras, como por um sentimento de raiva persistente, ataques de ira ou tentativas constantes de culpar os outros, ou mesmo ainda com inúmeras dores pelo corpo, sem outras causas médicas que as justifiquem. Pode ocorrer também a perda de interesse por atividades que antes eram prazerosas, como atividades recreativas, passatempos, encontros sociais e prática de esportes. Tais eventos deixam de ser agradáveis. Geralmente o sono e a alimentação também se alteram, podendo haver diminuição do apetite, ou mesmo o oposto, seu aumento, havendo perda ou ganho de peso. Em relação ao sono pode ocorrer insônia, com a pessoa tendo dificuldade para começar a dormir, ou acordando no meio da noite; ou mesmo mais cedo que o habitual, não conseguindo voltar a dormir. São comuns ainda a sensação de diminuição de energia, cansaço e fadiga, injustificáveis por algum outro problema físico.

Pensamentos que normalmente ocorrem com as pessoas deprimidas são os de se sentirem sem valor, culpando-se em demasia, sentindo-se fracassadas até por acontecimentos do passado. Muitas pessoas podem ter, ainda, dificuldade em pensar, sentindo-se com falhas para concentrar-se ou para tomar decisões antes corriqueiras, gerando incapacidade de tomá-las ou exagerando os efeitos "catastróficos" de suas possíveis decisões erradas.

Freqüentemente a pessoa pensa muito em morte, em outras entes que já morreram, ou na sua própria morte. Evidenciando um desejo suicida, acham ser esta a "única saída" ou para "se livrar" do sofrimento, sentimentos estes provocados pela própria depressão, que fazem a

pessoa culpar-se, sentir-se inútil ou um peso para os outros. Essa característica faz com que a depressão seja uma das principais causas de suicídio, principalmente em pessoas deprimidas que vivem solitariamente. Urge lembrar que a própria tendência a isolar-se é uma consequência da depressão, a qual gera um ciclo vicioso depressivo que resulta na perda da esperança em melhorar naquelas pessoas que não iniciam um tratamento médico adequado.

Geralmente, a depressão afeta o dia-a-dia da pessoa. Porquanto, é difícil iniciar o dia pelo desânimo e pela tristeza ao acordar. Assim, cuidar das tarefas habituais pode tornar-se um peso: trabalhar, dedicar-se a uma outra pessoa, cuidar de filhos, entre outros afazeres tornar-se-ão apenas obrigações penosas, ou mesmo impraticáveis, dependendo da gravidade dos sintomas. Por conseguinte, o relacionamento com outras pessoas tornar-se-á prejudicado: dificuldades conjugais acentuam-se, inclusive com a diminuição do desejo sexual; desinteresse por amigos e por convívio social podem fazer o indivíduo tender ao isolamento, até mesmo dificultando a busca de ajuda médica.

O tratamento médico faz-se sempre necessário, sendo o tipo de tratamento relacionado à intensidade dos problemas que a doença traz. Pode haver depressões leves, com poucos aspectos dos problemas mostrados anteriormente, ou depressões mais graves, prejudicando de forma considerável a vida do indivíduo. Outrossim, depressões leves ou graves necessitam de tratamento médico, geralmente medicamentoso (com medicações antidepressivas), ou psicoterápico, ou, ainda, a combinação de ambos, de acordo com a intensidade da doença e a disponibilidade dos tratamentos.

O portador de sintomas depressivos encontra-se em todos os lugares da comunidade, como escolas, clínicas, hospitais, além dos centros de saúde mental. Por isso, os enfermeiros necessitam dos conhecimentos de enfermagem psiquiátrica possibilitando os cuidados adequados àqueles que apresentam problemas emocionais (SILVA, FUREGATO, COSTA JR, 2003).

O enfermeiro, em todos os tipos de instituição de saúde, tem a responsabilidade de reconhecer e intervir apropriadamente nos casos em que o indivíduo está sofrendo um transtorno de humor (SILVA, FUREGATO, COSTA JR, 2003).

Este profissional ocupa posição singular nos serviços de saúde, porquanto é o primeiro a ter contato com a pessoa que busca atenção nesses serviços. As razões para que a equipe de enfermagem ocupe-se dos transtornos afetivos estão relacionadas com sua experiência e seu preparo profissional. Além disso, constata-se que os pacientes sentem-se menos intimidados

pelos enfermeiros do que por outros agentes de saúde e os aceitam mais facilmente. A assistência de enfermagem não se limita em ajudar o paciente, mas também orientar a família e a comunidade (SILVA, FUREGATO, COSTA JR, 2003).

3.10. Diabetes

O Diabetes Mellitus, é um problema de saúde universal, afetando populações de países em todos os estágios de desenvolvimento. Nas últimas décadas, sua importância vem crescendo em decorrência de vários fatores, tais como maior taxa de urbanização, aumento da esperança da vida, industrialização, sedentarismo, obesidade, dietas hipercalóricas e ricas em açúcares, etc”(BRASIL, 1992, p.5).

Segundo Smeltzer e Bare (2002), as conseqüências físicas, sociais econômicas extensas e devastadoras do diabetes incluem as seguintes:

- ✓ Nos Estados Unidos, o diabetes é a principal causa de cegueira recente entre os 25 e 74 anos de idade e a principal causa de amputação traumática.
- ✓ Trinta por cento dos pacientes que começam diálise a cada ano possuem diabetes.
- ✓ Diabetes é a terceira causa principal de morte por doença, em grande parte por causa da elevada taxa de cardiopatia coronariana entre as pessoas com diabetes.
- ✓ As taxas de hospitalização para pessoas com diabetes são 2,4 vezes maiores para adultos e 5,3 vezes maiores para crianças que na população geral.

O custo econômico do diabetes continua a subir por causa dos crescentes custos de saúde e de uma população em envelhecimento. Metade de todas as pessoas com diabetes acima de 65 anos de idade são hospitalizadas a cada ano, e as complicações graves e com risco de vida contribuem para as taxas de hospitalização aumentadas (SMELTZER & BARE 2002).

A partir de sintomas clássicos, como perda de peso, polipsia, poliúria e polifagia, o diabetes já é suspeitado, podendo sentir outros sintomas, como, desânimo, sonolência, dificuldades visuais, dormência, câimbra, sensação de pernas pesadas e doloridas.

O Diabetes Mellitus (DM) é uma síndrome de etiologia múltipla, decorrente da falta de insulina e/ou da incapacidade de a insulina exercer adequadamente seus efeitos. Caracteriza-se hiperglicemia crônica com distúrbios do metabolismo dos carboidratos, lipídeos e proteínas. As

conseqüências do DM, a longo prazo, incluem disfunção e falência de vários órgãos, especialmente rins, olhos, nervos, coração e vasos sanguíneos (BRASIL, 2001).

Os principais fatores de risco para o desenvolvimento do diabetes são: idade, a história familiar, a obesidade, o sedentarismo, hábitos alimentares, desnutrição, trauma emocional, gravidez.

Na maioria dos casos, o diabetes mellitus resulta da secreção diminuída de insulina, pelas células beta das ilhotas de Langerhans. A hereditariedade, geralmente, desempenha um papel importante, determinando em quem o diabetes irá se desenvolver ou não. A obesidade também desempenha um papel no desenvolvimento do diabetes clínico. Uma razão é que a obesidade diminui o número de receptores de insulina, nas células alvo da insulina por todo o corpo, tornando sua quantidade menos eficaz. (GUYTON e HALL, 1997).

O modo mais prático de diagnosticar em pacientes sintomáticos é a partir da glicemia de jejum (6 a 8 horas). Para alguém que não sofre de diabetes o nível glicêmico antes de comer é de 50 a 115 mg/dl. Níveis de glicose plasmática em jejum acima de 140 mg/dl ou níveis aleatórios de glicose plasmática acima de 200 mg/dl em mais de uma ocasião são diagnósticos de diabetes. Se os níveis de glicose em jejum forem normais ou quase normais, o teste deve ser baseado em um teste de tolerância à glicose.

Segundo Brasil (2001) a classificação da DM baseia-se em sua etiologia, eliminando-se os termos “diabetes mellitus insulino-dependentes”(IDDM” e “não-insulino-dependentes”(NIDDM), como indicado a seguir.

Classificação etiológica dos distúrbios glicêmicos:

DM tipo 1

Resulta primariamente da destruição das células beta pancreáticas e tem tendência à cetoacidose. Esse tipo ocorre em cerca de 5 a 10% dos diabéticos. Inclui casos decorrentes de doenças auto-imune e aqueles nos quais as causas de destruição das células beta não é conhecida, dividindo-se em:

- ✓ imunomediato;
- ✓ idiopático.

DM tipo 2

Resulta, em geral, de graus variáveis de resistência à insulina e de deficiência relativa de secreção de insulina. O DM tipo 2 é, hoje, considerado parte da chamada síndrome plurimetabólica ou de resistência à insulina e ocorre em 90% dos pacientes diabéticos.

Denomina-se resistência à insulina o estado que ocorre menor captação de glicose por tecidos periféricos (especialmente muscular e hepáticos), em resposta à ação da insulina. As demais ações do hormônio estão mantidas ou mesmo acentuadas. Em resposta a essa resistência tecidual, há uma elevação compensatória da concentração plasmática da insulina, como objetivo de manter a glicemia dentro dos valores normais. A homeostase glicêmica é atingida às custas de hiperinsulinemia.

DM gestacional

É a diminuição da tolerância à glicose, de magnitude variável, diagnosticada pela primeira vez, na gestação, podendo ou não persistir após o parto. Abrange os casos de DM e de tolerância à glicose diminuída, detectados na gravidez. O estudo Brasileiro de Diabetes Gestacional – EBDG revelou que 7,6% das mulheres em gestação apresentam intolerância à glicose ou diabetes.

Outros tipos específicos

Incluem várias formas de DM, decorrentes de defeitos genéticos associados com outras doenças ou com o uso de fármacos diabetogênicos:

- ✓ Defeitos genéticos da função da célula beta.
- ✓ Defeitos genéticos da ação da insulina.
- ✓ Doenças do pâncreas axócrino (pancreatite, neoplasia, hemocromatose, fibrose cística, etc.).
- ✓ Aqueles induzidos por drogas ou defeitos químicos (diuréticos, corticóides, betabloqueadores, contraceptivos, etc.).

Ainda, referenciando o mesmo autor, cita-se as características clínicas do:

Diabetes mellitus tipo 1

- ✓ Maior incidências em crianças, adolescentes e adultos jovens.
- ✓ Início abrupto dos sintomas.
- ✓ Pacientes magros.
- ✓ Facilidade para cetose e grandes flutuações para glicemia.
- ✓ Pouca influência hereditária.
- ✓ Deteriorização clínica, se não for tratada imediatamente com insulina.

Diabetes mellitus tipo 2

- ✓ Tem início insidioso, com sintomas inespecíficos, o que muitas vezes, retarda o diagnóstico.
- ✓ Obesidade diagnosticada principalmente de distribuição abdominal. A obesidade está presente em cerca de 80% dos pacientes, no momento do diagnóstico.
- ✓ Forte componente hereditário.
- ✓ Idade maior que 30 anos, embora possa ocorrer em qualquer época. A prevalência aumenta com a idade, podendo chegar a 20% na população com 60 anos ou mais.
- ✓ Pode não apresentar os sintomas clássicos de hiperglicemia (poliúria, polidipsia, polifagia e emagrecimento).
- ✓ Evidências de complicações crônicas micro e macrovasculares, ao diagnóstico, pelo fato desses pacientes terem evoluído, entre quatro a sete anos antes, com hiperglicemia não-detectada.
- ✓ Não propensão à cetoacidose diabética, exceto em situações especiais de estresse agudo.

Possibilitando o rastreamento do DM, os sinais e sintomas que devem ser observados segundo Brasil (2001) são:

- ✓ Poliúria / nictúria.
- ✓ Polidipsia / boca seca.

- ✓ Polifagia.
- ✓ Emagrecimento rápido.
- ✓ Fraqueza / astenia / letargia.
- ✓ Prurido vulvar ou balanopostite.
- ✓ Diminuição brusca da acuidade visual.
- ✓ Achado de hiperglicemia ou glicosúria em exames de rotina.
- ✓ Sinais e sintomas relacionados às complicações do DM: proteinúria, neuropatia periférica, retinopatia, ulcerações crônicas nos pés, doença vascular aterosclerótica, impotência sexual, paralisia oculomotor, infecções urinárias ou cutâneas de repetição, etc.

A principal meta do tratamento do diabetes é normalizar a atividade da insulina e os níveis sanguíneos de glicose para reduzir o desenvolvimento e as complicações vasculares e neuropáticas, sem romper bruscamente com o estilo de vida e a atividade usual do paciente. Segundo Smeltzer & Bare (2002), existem cinco componentes do tratamento do diabetes, entre eles:

Tratamento nutricional

O tratamento nutricional do paciente com diabetes é voltado para as seguintes metas:

- ✓ Fornecer todos os constituintes alimentares essenciais.
- ✓ Atingir e manter um peso razoável.
- ✓ Satisfazer as necessidades de energia.
- ✓ Evitar as amplas flutuações diárias nos níveis sanguíneos de glicose, mantendo-os o mais próximo possível da normalidade de forma segura e prática.
- ✓ Diminuir os níveis de lipídio sérico quando elevados.

Para todos os pacientes diabéticos, o plano de refeições deve levar em consideração as preferências alimentares do paciente, o estilo de vida, os horários usuais de alimentação e as bases étnicas e culturais. Para os pacientes que utilizam os esquemas intensivos de terapia com insulina, pode haver uma maior flexibilidade na regulação temporal e no conteúdo das refeições ao se permitirem ajustes para alterações nos hábitos alimentares e de exercícios (Smeltzer & Bare, 2002).

Exercícios

O exercício é extremamente importante no tratamento do diabetes por causa de seus efeitos sobre a diminuição da glicose sangüínea e de redução dos fatores de risco cardiovasculares. O exercício diminui a glicose por aumentar a captação de glicose pelos músculos do corpo e melhorar a utilização de insulina. O exercício também altera os lipídios sanguíneos, aumentando os níveis das lipoproteínas de alta densidade e diminuindo os níveis de colesterol total e triglicerídeos (SMELTZER & BARE, 2002).

Entretanto, os pacientes com níveis sanguíneos de glicose superior a 250 mg/dl e apresentando cetonas na urina, não devem se exercitar, a menos que o teste para cetonas urinárias seja negativo e o nível de glicemia esteja mais próximo da realidade. O exercício com níveis glicêmicos aumentados provoca aumento da secreção de glucagon. Em seguida o fígado libera mais glicose, resultando em aumento da glicose sangüínea (SMELTZER & BARE, 2002).

Os pacientes que participam de períodos extensos de exercícios devem testar os seus níveis de glicose sangüínea antes, no decorrer e depois do período do exercício, devendo ingerir lanches com carboidratos, conforme o necessário para manter os seus níveis glicêmicos.

Monitorização

A freqüente automonitorização da glicose sangüínea possibilita que as pessoas com diabetes ajustem o esquema de tratamento para conseguir o controle ideal de glicemia. Isso possibilita a detecção e prevenção do hipoglicemia e hiperglicemia, bem como desempenha uma função crucial na normalização dos níveis sanguíneos de glicose, o que pode reduzir o risco de complicações diabéticas a longo prazo.

Para a maioria dos pacientes que necessitam de insulina, recomenda-se o exame de duas a quatro vezes ao dia (usualmente antes das refeições e ao deitar). Os pacientes que não recebem insulina podem ser instruídos a avaliar seus níveis glicêmicos pelo menos duas a três vezes por semana, incluindo um exame com duas horas após a refeição.

Terapia farmacológica

Terapia com insulina: No diabetes tipo 1, o corpo perde a capacidade de produzir insulina. Portanto, a insulina exógena deve ser administrada sob uma base de longo prazo. No diabetes do tipo 2, a insulina pode ser necessária em uma base de longo prazo para corrigir os níveis de glicose quando a dieta e os agentes orais falharem. Além disso, alguns pacientes, cujos diabetes do tipo 2 são usualmente controlados apenas pela dieta ou pela dieta e um agente oral, podem necessitar temporariamente de insulina durante a doença, infecção, gestação, cirurgia ou algum outro evento estressante (SMELTZER & BARE, 2002).

Educação

O diabetes é uma doença crônica que exige uma vida e comportamentos de autocontrole especiais. Como a dieta, a atividade física e o estresse físico e emocional podem afetar o controle diabético e, por conseguinte, os pacientes devem aprender a equilibrar uma imensidão de fatores.

Os pacientes devem aprender as habilidades de cuidado diário, de modo a evitar as flutuações agudas da glicemia, e também devem incorporar os comportamentos de prevenção em seu estilo de vida, visando a prevenção das complicações diabéticas a longo prazo (SMELTZER & BARE, 2002).

Tratamento de Enfermagem

- ✓ Desenvolver um plano de ensino para o diabético, organizando as informações e habilidades em dois tipos principais: habilidades e educação básica (fisiopatologia simples; modalidades de tratamento; reconhecimento, tratamento e prevenção de complicações agudas; informações progmáticas), e a educação aprofundada ou continuada (ensino de informações mais detalhadas, ligadas às habilidades de sobrevivência, ex. aprender a variar a dieta e a insulina).
- ✓ Ensinar a auto-administração da insulina.
- ✓ Promover o cuidado domiciliar e comunitário. As seguintes condutas da enfermeira são valiosas para promover as habilidades do cliente, como: Abordar quaisquer fatores subjacentes que possam afetar o controle do diabético; Simplificar o esquema de

tratamento; Ajustar o esquema de tratamento para satisfazer às exigências do cliente; Estabelecer um plano específico ou contrato com o cliente com metas simples e mensuráveis; Fornecer o reforço positivo dos comportamentos realizados, em vez de enfocar os comportamentos que foram negligenciados; Ajudar o paciente a identificar os fatores de motivação pessoal em vez de querer agradar ao médico ou à enfermeira; Encorajar o paciente a estabelecer metas de vida e interesses.

Além dos cuidados de acompanhamento com os profissionais de saúde, a participação nos grupos de apoio é encorajada para aqueles que possuem o diabetes há muitos anos, bem como para aqueles que foram recentemente diagnosticados. Essa participação pode ajudar o paciente e sua família na aceitação das alterações do estilo de vida que ocorrem com o início do diabetes e com suas complicações. Os grupos de apoio fornecem uma oportunidade para a discussão das estratégias para lidar com o diabetes e seu tratamento, bem como para esclarecer e verificar as informações com a enfermeira ou outros profissionais de saúde (SMELTZER & BARE 2002).

Smeltzer e Bare (2002) descrevem três tipos importantes das **complicações agudas** do DM, que são:

Hipoglicemia

A hipoglicemia ocorre quando a glicemia cai abaixo de 50 a 60 mg/dl. Ela pode ser provocada pela quantidade excessiva de insulina ou de agentes hipoglicemiantes orais, pela quantidade muito reduzida de alimento ou pela atividade física excessiva.

As condições de risco para a ocorrência da hipoglicemia, segundo Brasil (2001), acentua-se em pessoas que fazem uso de insulina, idosos que usam sulfoniluréias, insuficiência renal, omissão alimentar, atraso no horário das refeições, realização de exercício não-usual, educação em diabetes deficiente, vômito, diarreia, baixa idade, insulino-terapia recentemente iniciada, glicemia normal-baixa à noite, troca de insulina, neuropatia autonômica.

Os sintomas agrupam-se em duas categorias: A) Descarga adrenérgica: - tremores, sudorese intensa (suor frio), palidez, palpitações, fome intensa. B) Neuroglicopenia: - visão

borrada, diplopia, tonturas, cefaléia, ataxia, distúrbios do comportamento, convulsão, perda de consciência, coma (BRASIL, 2001).

O tratamento imediato deve ser fornecido quando a hipoglicemia ocorre. A recomendação usual é para 10 a 15 g de um carboidrato simples de ação como: 3 ou 4 tabletes de açúcar, 120 a 180 ml de suco de fruta ou soda comum, 2 a 3 colheres de chá de açúcar ou mel. (SMELTZER & BARE, 2002).

A hipoglicemia é evitada por um padrão consistente de alimentação, administração de insulina e exercício. Os lanches entre as refeições e a hora de dormir podem ser necessários para contrapor-se ao efeito máximo da insulina. É importante que as pessoas diabéticas carreguem consigo alguma forma de açúcar simples em todos os momentos. Em caso de hipoglicemia grave, deve-se administrar glicose ou glucagon.

Considerando que a hipoglicemia inesperada pode acontecer, os pacientes tratados com insulina devem usar um bracelete ou etiqueta de identificação indicando que eles possuem diabetes.

Cetoacidose diabética

É uma acidose metabólica causada por excesso de acetoácidos decorrente da deficiência de insulina (BRASIL, 2001). Isso resulta em distúrbios no metabolismo de carboidratos, proteínas e lipídios. Os três aspectos clínicos da cetoacidose são: hiperglicemia, desidratação e perda eletrolítica e acidose.

Segundo dados do Ministério da Saúde, (BRASIL, 2001), as condições de aumento do risco para cetoacidose são as seguintes: - doença febril aguda, suspensão de insulino-terapia, uso concomitante de agentes hiperglicemiantes, diabetes previamente mal controlado, diabetes de controle instável, diabetes associado a distúrbio psicológicos graves, educação em diabetes deficiente.

Os sinais e sintomas são: poliúria, polidipsia, desidratação, dor abdominal, rubor facial, hálito cetônico, hiperventilação, náuseas, vômitos e sonolência.

As três principais causas de CAD são: - dose de insulina diminuída ou ausente, - doença ou infecção, - diabetes não-diagnosticado e não tratado.

Para a prevenção da cetoacidose ligada à doença, os pacientes devem ser ensinados sobre as medidas a serem tomadas quando estiverem doentes. Questão importante a ensinar aos pacientes é não eliminar as doses de insulina quando ocorrerem náuseas e vômitos. Todavia, devem tomar suas doses usuais de insulina e, em seguida, tentar consumir porções frequentes de carboidratos.

Síndrome hiperosmolar não-cetótica (SHNC)

É uma condição grave em que a hiperosmolaridade e a hiperglicemia predominam, com alterações no sensorio, concomitantemente a cetose é mínima e ausente. O defeito bioquímico básico é a falta efetiva de insulina. A persistente hiperglicemia do paciente provoca a diurese osmótica, resultando em perda de água e eletrólitos. Com a glicosúria e a desidratação, a hipernatremia e a osmolaridade aumentada acontecem (SMELTZER & BARE, 2002).

O quadro clínico da SHNC é o de hipertensão, desidratação profunda, taquicardia e sinais neurológicos variáveis.

As condições de risco segundo o Ministério da Saúde (BRASIL, 2001), são: Diabetes tipo 2 com doença intercorrente (infecção grave, infarto cerebral ou do miocárdio, estresse intenso, etc.) ou uso de medicamentos hiperglicemiantes, pode ser forma de apresentação em diabetes tipo 2 e má aderência ao tratamento.

Depois da recuperação da SHNC, muitos pacientes podem controlar seu diabetes apenas com dieta ou com agentes hipoglicemiantes orais. A insulina pode não ser necessária quando a complicação hiperglicêmica estiver resolvida (SMELTZER & BARE, 2002).

Complicações crônicas do Diabetes Mellitus

As complicações crônicas podem ser decorrentes de alterações:

- ✓ na microvascular – É caracterizada por espessamento da membrana basal. Os dois locais onde o funcionamento capilar pode produzir efeitos devastadores, são a microcirculação da retina dos olhos e os rins (retinopatia diabética e nefropatia).
- ✓ na macrocirculação – Alterações ateroscleróticas nos grandes vasos sanguíneos, comumente ocorre no diabetes. Dependendo da localização das lesões ateroscleróticas,

podem resultar diversos tipos de doenças ateroscleróticas. Incluem cardiopatia isquêmica, doença cerebrovascular e doença vascular.

- ✓ neuropáticas – Refere-se a um grupo de doenças que afetam todos tipos de nervos, incluindo nervos periféricos (sensoriomotores), autonômicos e espinhais. O espessamento da membrana basal capilar e o fechamento capilar podem estar presentes. Todavia, pode haver desmielinização dos nervos, o que se acredita que esteja ligada à hiperglicemia. A condução nervosa é rompida quando existem aberrações da bainha de mielina.

Os dois tipos mais comuns da neuropatia diabética são a polineuropatia sensoriomotora e a neuropatia autonômica.

Fatores de risco, segundo o Ministério da Saúde, (BRASIL, 2001) são:

Os principais fatores de risco para o desenvolvimento dessas complicações são:

- ✓ longa duração da doença;
- ✓ mau controle metabólico;
- ✓ presença de H_A;
- ✓ tabagismo e alcoolismo;
- ✓ complicações preexistentes;
- ✓ gestação.

As complicações oculares, especialmente a retinopatia e a catarata, configuram o diabetes como a causa mais freqüente de cegueira na população ativa nos países industrializados. Sem dúvida a retinopatia é a causa mais freqüente e irreversível de cegueira, responsável por 80 a 90 % desses casos. Devido a sua magnitude, hoje existem diversos planos de prevenção e tratamento precoce quando diagnosticada em tempo hábil (OLIVEIRA, 2003)

A Retinopatia Diabética (RD) ocorre quando os capilares, responsáveis pela condução do sangue até a retina, tornam-se edemaciados ou quando existe a formação de novos vasos que são muito frágeis e podem propiciar a presença de hemorragia no olho. O grande problema para detecção precoce da RD está no aparecimento dos sintomas somente quando a retina foi muito danificada, por isso, é fundamental o exame regular para identificação das alterações retinianas nas fases iniciais. O exame de fundo de olho, denominado fundoscopia, deve, preferencialmente, ser realizado por um ofatalmologista, possibilitando um diagnóstico

mais adequado. Este deve ser feito sob midríase ou retinografia com luz infravermelha (BRASIL,2001).

A Nefropatia Diabética (ND) é a expressão da microangiopatia ao nível da microcirculação renal, também conhecida por doença de Kimmelstiel-Wilson, ou glomerulosclerose intracapilar nodular. A alteração funcional básica da ND é a seletividade da membrana de filtração do glomérulo, que deixa de reter várias macro-moléculas, principalmente proteínas, como a albumina.

O tratamento inicial deve consistir em modificações do estilo de vida, tais como perda de peso, redução de sal e da ingestão de álcool, e exercício. A intervenção anti-hipertensiva apropriada pode aumentar significativamente a expectativa média de vida em pessoas com diagnóstico de DM 1 (BRASIL, 2001).

Problemas nas pernas e pés diabéticos

De 50 a 75% das amputações de membros inferiores são efetuadas em pessoas com diabetes. Acredita-se que até 50% dessas amputações são passíveis de prevenção. Entre as complicações que contribuem para o risco de infecções nos pés, Smeltzer & Bare (2002), cita: neuropatia, doença vascular periférica e imunocomprometimento.

Quando o paciente não tem o hábito de inspecionar por completo ambos os pés, diariamente, a lesão ou fissura pode passar despercebida até que uma infecção grave tenha se desenvolvido. Drenagem, edema rubor (a partir da celulite) da perna ou gangrena podem ser o primeiro sinal de problema nos pés que o cliente observa (SMELTZER & BARE, 2002).

Ensinar os pacientes sobre os cuidados adequados com os pés é um cuidado de Enfermagem que pode evitar complicações dispendiosas, dolorosas e incapacitantes. Alguns cuidados que podem ser tomados são:

- ✓ manter os pés limpos e secos, lavá-los de preferência com sabão neutro, hidratá-los, tendo cuidado para não permitir que a umidade se acumule entre os dedos;
- ✓ inspecionar a sola dos pés, e caso haja dificuldade, usar um espelho ou pedir para que alguém o faça;
- ✓ usar preferencialmente sapatos fechados e confortáveis, precavendo-se com os sapatos novos, tomando sempre cuidado ao andar descalço;

- ✓ cortar as unhas dos pés sempre retas, evitando a unha encravada;
- ✓ procurar manter os pés em movimento e fazer exercícios ao longo do dia como girar, fletir e estender, assim estará melhorando a circulação sanguínea.

3.11. Fitoterapia

Desde os primórdios da civilização humana, os povos da terra têm recorrido aos recursos terapêuticos originários de sua cultura. Pode-se observar, sob uma perspectiva histórica, que os povos que mantêm e preservam suas tradições e manifestações culturais, conjugando-as com as exigências do mundo contemporâneo ao invés de destruí-las, conseguindo potencializar os avanços da técnica sem corromper as bases de sustentação da sociedade. Ou seja, não recusam a mudança, mas administram-na para fortalecer e reiterar seus laços sociais.

Assim, nessas sociedades, o conhecimento popular do potencial terapêutico da flora local é aliado ao conhecimento científico que, produzindo sua validação e reconhecimento de sua eficácia, vem propiciar sua incorporação ao sistema oficial de saúde.

Uma das civilizações mais antigas do mundo – os chineses – que demonstraram sua enorme capacidade de sobrevivência e de adequação aos tempos, buscaram associar a sabedoria popular, resguardada e resgatada permanentemente em sua cultura, aos conhecimentos desenvolvidos contemporaneamente. Tal procedimento, no que se refere à concepção de política de saúde, confirma o que preconiza a Organização Mundial da Saúde (OMS), órgão das Nações Unidas que tem como objetivo estabelecer parâmetros à elevação da qualidade da atenção à saúde em todo o mundo (BOTSARIS, 1995).

Os medicamentos fitoterápicos são aqueles que utilizam como matéria-prima partes de plantas, como caule, folhas e raízes. Esses medicamentos, quando utilizados de maneira correta, podem trazer uma série de benefícios para a saúde, principalmente porque não causam efeitos colaterais na mesma proporção que os medicamentos sintéticos. Os produtos fitoterápicos possuem ação mais suave que os medicamentos comuns. Isso se deve ao fato de que o princípio ativo da planta não é utilizado de maneira isolada, atuando juntamente com várias outras substâncias presentes nas plantas. Esse conjunto de elementos é chamado de fitocomplexo, e são justamente os fitocomplexos os responsáveis pelo efeito terapêutico suave e pela redução dos efeitos colaterais.

No entanto, é preciso lembrar que todo medicamento deve ser administrado com o acompanhamento médico. É preciso abandonar a crença de que produtos naturais não fazem mal à saúde. A automedicação pode ser prejudicial à saúde e, no caso dos fitoterápicos urge cuidados, pois quando as pessoas compram qualquer tipo de planta para uso medicinal, desconsideram que algumas delas são tóxicas e, quando ingeridas, prejudicam a saúde. Destarte, há medicamentos fitoterápicos liberados para a venda sem receita médica e outros que só devem ser tomados por indicação médica.

O tratamento de doenças com base em medicamentos derivados de plantas pode ser feito de várias maneiras: uso de tinturas, pomadas em forma de gel, comprimidos, chás, entre outros. Para que o tratamento tenha, porém, a eficácia desejada, é fundamental que o médico saiba qual é o princípio ativo a ser usado e qual é a forma farmacêutica indicada à sua melhor ação.

É cada vez maior o interesse sobre plantas e suas possíveis aplicações terapêuticas. O repertório de plantas usadas tradicionalmente é vasto, predominando as formulações vegetais sobre os remédios de origem mineral e animal, também muito difundidos nas práticas da medicina popular brasileira.

A medicina popular e o conhecimento específico sobre o uso de plantas é o resultado de uma série de influências culturais, dentre elas a dos colonizadores europeus, dos indígenas e dos africanos. Os descobrimentos e a conquista de novas terras trouxeram diversas conseqüências. Uma delas, quiçá a mais notável, é o fato de que muitas plantas, hoje, empregadas na medicina popular foram introduzidas no início da colonização do Brasil.

Ao lado da flora medicinal "colonizadora" ou européia, posicionam-se as plantas medicinais utilizadas pelos indígenas, profundos conhecedores dos recursos das florestas, sejam elas medicinais ou não. Entretanto, logo no início do comércio escravo, o africano ofereceu ao conjunto citado acima sua parcela de colaboração, pela introdução de espécies da África. No entanto, a pressão dos colonizadores fez com que o conhecimento indígena e africano fosse relegado gradualmente ao abandono, proibido de ser exercido, uma vez que muitos consideravam o conhecimento desses grupos como "inferior", "primitivo"; a resistência desses grupos foi revertendo sensivelmente o quadro, ao longo de muitas décadas até os dias atuais (BOTSARIS, 1995).

Tal conjunto de conhecimentos sobre o uso de plantas forma hoje a "fitoterapia popular", uma prática alternativa optada por milhares de brasileiros que não têm acesso às práticas médicas oficiais devido aos altos custos, especialmente no que concerne a consultas médicas e medicamentos. O conhecimento tradicional sobre o uso de plantas na sociedade moderna e urbana, concentrado nas mãos de especialistas populares (erveiros, rezadeiras etc), tem demonstrado sua eficácia e validade em muitos casos. No entanto, nem todas as práticas e receitas populares são eficazes, e, muitas delas podem ser altamente danosas à saúde.

Contudo, há muita desinformação e empirismo simplista no campo da fitoterapia. Há, inclusive, pessoas que substituem a receita do médico, sem qualquer orientação, por um remédio a base de plantas medicinais. Fazem-no por diversas razões, cujas principais são: 1) ausência de recursos financeiros para adquirir medicamentos receitados; 2) medo de efeitos indesejáveis; 3) opção por medicamentos e consultas junto a especialistas populares (ELDIN; DUNFOND, 2001).

Muito embora se reconheça a legitimidade do conhecimento tradicional, uma planta para ser usada em qualquer atividade ou programa de fitoterapia deve ter sido cientificamente validada, através de etapas, desde a verificação se a atividade atribuída existe, e a avaliação dos riscos de seu uso, até a sua produção industrial. É uma luta por uma fitoterapia dita científica que deve ser perseguida por todos os comprometidos com o estudo de plantas medicinais e, conseqüentemente, o seu retorno social. Esperar a produção industrial de um medicamento fitoterápico é um processo longo e custoso e que no final não traria grandes benefícios para as camadas populares.

Diante das carências econômicas, é indispensável que a fitoterapia seja uma alternativa viável à maioria dos brasileiros. Mas como oferecer um serviço de assistência fitoterápica de bases científicas à população? Se por um lado existe a necessidade de intensificação de estudos com os potenciais florísticos do Brasil visando a descoberta ou a comprovação de plantas usadas popularmente, por outro é preciso reverter os conhecimentos adquiridos em benefício das pessoas e obter um maior envolvimento da classe médica. Conquanto já foram realizados muitos estudos comprovando cientificamente as atividades popularmente atribuídas a muitas plantas, destarte, muitos profissionais da área médica possuem a concepção de que fitoterapia nada mais é do que um conhecimento baseado em credence popular (ELDIN; DUNFOND, 2001).

Considerando a reconhecida importância das drogas obtidas de plantas medicinais, carece ser dito que cerca de 119 substâncias extraídas dessas plantas são utilizadas em todo o mundo, como a digitalina (cardiotônico), emetina (amebicida), escopolamina (sedativo), vimblastina e vincristina (antitumorais), etc. por conseguinte, devem ser incentivadas as pesquisas nesta área, uma vez que o Brasil é um país privilegiado em termos de biodiversidade. Ocorreu nos países desenvolvidos um crescente declínio da fitoterapia em favor da quimioterapia de síntese. No caso do Brasil, pela sua riqueza e efervescência cultural, onde não há o preenchimento das necessidades de medicamentos essenciais, a fitoterapia surge como uma opção realista de política sanitária. Por isso, uma atenção muito especial deve ser dada às práticas populares, ao seu saber e técnicas, para um agir com base nos recursos localmente disponíveis.

3.12. Cultura Açoriana

Em virtude da origem açoriana do público alvo, considerou-se pertinente à prática assistencial destacar, aqui, algumas características marcantes desta cultura, retiradas de Martins (1998), justificando a utilização da Teoria Transcultural de Madelaine Leininger como marco conceitual, a qual enfatiza e trabalha a influência dos fatores culturais e ambientais sobre o estilo de vida das pessoas.

Histórico

Santa Catarina e Açores: laços e tradição

Arquipélago dos Açores: nove ilhas vulcânicas no meio do Atlântico povoadas por refugiados de Portugal durante o século XV. O Arquipélago tem esse nome devido a uma águia marinha, hoje quase extinta, chamada Açor. Os Açores, em 1748, possuíam uma população bastante volumosa para as dimensões do Arquipélago: 2.344 km.² Eram aproximadamente 152.000 habitantes. Sua principal atividade econômica era a criação de gado e a produção de queijos e vinhos. Havia o cultivo de milho, cevada, uva, abacaxi, batata inglesa, entre outros. O povo sobrevivia também do artesanato e do turismo (SANTOS, 1997).

Esse povo simples dos Açores realizava muitas festas religiosas e valorizava as suas tradições comunitárias. Trouxeram para Santa Catarina uma bagagem de conhecimentos técnicos, tradições, costumes que foram fundamentais na consolidação do processo povoador na região.

Houve mudança do padrão alimentar, pela progressiva substituição dos cereais (trigo e cevada) e carne por produtos abundantes na região, como mandioca e peixe. Outras transformações alimentares: a quase integral substituição da farinha de trigo pela de mandioca, introduzida como padrão alimentar básico, pois o trigo não se prestava ao cultivo, face às condições climáticas e a mandioca era já utilizada pela população local como um dos principais alimentos.

A aplicação da tecnologia dos moinhos de trigo, de uso no arquipélago, aos engenhos de farinha, revolucionaram o processo produtivo da farinha de mandioca, tanto em qualidade, quanto na produtividade. Essa tecnologia é exclusiva do litoral catarinense, e foi desenvolvida graças a criatividade dos colonizadores açorianos.

A religiosidade também sofreu transformações, notadamente os festejos do Divino, que passaram de profano nos Açores para profundamente associado à paróquia, desaparecendo inclusive, na maioria das comunidades, a prática do bodo (espécie de refeição servida aos pobres).

Essa é uma pequena parte da história da colonização açoriana no litoral de Santa Catarina (SANTOS, 1997).

Culinária

Os dois elementos principais do complexo culinário são o peixe, já nem tão abundante nessas águas, e a farinha de mandioca que os colonizadores açorianos herdaram dos nativos Tupi-Guaranis. Em decorrência da paupérrima agricultura que puderam desenvolver, os açorianos sempre tiveram o caldo de peixe com pirão de água como o prato principal em sua mesa. Entretanto, a rica fauna marinha local - apresentando peixes de vários tipos, grandes como a miraguaia, a arraia, a garoupa, pequenos como a manjuva, a pescadinha, o galo, o gordinho, passando por médios como a tainha, a enchova, o paru, o bagre, a corvina, além de grande variedade de moluscos e crustáceos ostras, berbigões, camarões, lulas, lagostas, mariscos, siris, polvos, etc - , propiciou um desenvolvimento maior da rica culinária de frutos-do-mar açoriana.

A culinária é formada por uma gama variada de ensopados acompanhada de pratos como o peixe assado na brasa ou em folhas de bananeira, o siri recheado, o omelete de camarão, o camarão frito e muitos outros.

À mesa açoriana agregaram-se, já nos primórdios da colonização, os elementos do complexo da mandioca. Além da farinha, o cuscuz, o beiju, a própria mandioca assada, frita ou cozida, herdados da tradição Carijó. Entretanto, a mesa do ilhéu não se fez apenas de mandioca e frutos-do-mar.

Pelo menos dois traços são bastante distintivos da culinária açoriana: um, é a utilização de grande quantidade de temperos verdes (cebolinha, salsa, orégano, a indispensável alfavaca) e de fortes doses de vinagre; outro, e a mistura do salgado com o doce, comum no feijão temperado com bananas, no mamão ensopado, no aipim com melado.

Mitos e Crenças

Benzeduras e orações

Na religiosidade popular, as orações e benzeduras são utilizados principalmente para curar doenças e afastar os males. Para muitos, mais eficazes que os remédios.

Existem benzeduras para quase tudo: cobreiro, sapão, quebrante, arca caída etc.

Há orações com os mais diversos objetivos: casamento, para dormir e para ser feliz.

As crendices

Tradicionalmente existe um universo de crenças, que permanentemente ameaçam as pessoas. Uma das mais temidas é a do "mau-olhado" que gera uma série de sintomas e malefícios. A "doença" típica provocada pelo mesmo é o "quebranto", onde o acometido tem perda da vivacidade, olhos lacrimejantes, sonolência entre outros. A cura só se dá através de muita benzedura.

Não é aconselhado, segundo a crença popular, brincar com a própria sombra, pois pode "trazer doença". Também contar estrelas faz nascer verrugas. Deve-se evitar ter em casa búzios e caramujos ou barcos em miniatura, pois os mesmos "chamam" males.

Borboletas pretas, mariposas, morcegos e cobras são animais peçonhentos que representam mau agouro; foram criados pelo diabo.

Matar gatos traz sete anos de atraso na vida; moça que pisa em cima de seu rabo não casa.

Esses são apenas alguns exemplos das infindáveis superstições e crenças que fazem parte do cotidiano de algumas comunidades, por vezes ditando normas e condutas sociais.

Mitologia

Criaturas fantásticas fazem parte do imaginário açoriano, destacando-se entre elas as bruxas que têm pacto com o diabo, lançam "mau-olhado", enfermidades e malvadeza através de suas bruxarias. Transformam-se em mariposas para entrar nas casas pelo buraco da fechadura, a fim de chupar o sangue de crianças, preferencialmente aquelas que ainda não foram batizadas.

Geralmente relacionam-se as bruxas a mulheres magras, feias e antipáticas e àquelas que cumprimentam com a mão canhota.

Se em uma família nascem sete mulheres, sem que haja um homem permeando, a última ou a primeira será bruxa. Para que isso não aconteça, a mais velha deve batizar a mais nova, dando-lhe o nome de Benta.

Para espantar ou desencantar uma bruxa, usam-se tesouras abertas, ceroulas amarradas, alho, rezas e benzeduras.

Outra criatura é o "Lambisome", nome local para lobisomem, homem transmutado em lobo ou cão, que nas noites de lua cheia vagueia, com instinto de lobo, a procura de vítimas para atacar, motivo pelo qual aconselha-se às pessoas a não saírem nessas noites.

Religião

Festa do Divino

Os açorianos ao desembarcarem no litoral catarinense trouxeram consigo, entre outras tradições, o culto e devoção ao Divino Espírito Santo, realizados normalmente cinquenta dias após a Páscoa.

A farra do boi

A origem dessa manifestação remonta aos primórdios do Estado português, entre o final do século XII e início do século XIII, durante os rituais da Semana Santa, onde bois eram sacrificados em substituição ao bode expiatório.

A "farra", certamente foi incorporada ao rito por influência das touradas já populares na época. Trazida durante o período de colonização pelos açorianos, resiste principalmente nas regiões litorâneas de Santa Catarina. Recebe outras denominações como "brincadeira do boi bravo", "boi do campo", "boi na vara", entre outros.

Constitui-se num dos elementos ativos da identidade cultural das comunidades litorâneas de Santa Catarina, herdada da cultura açoriana. Realizada atualmente nos dias que antecedem a Páscoa, ocorrendo também em algumas localidades na época de Natal e Dia Santo. Nestas ocasiões, grupos de famílias ou comunidades compram um boi escolhido (bravo, arisco e corredor), e antes de ser abatido, é solto nos pastos provocando correrias generalizadas, o que caracteriza a farra ou brincadeira.

Essa manifestação cultural depara-se com uma enorme pressão de ecologistas e outras organizações que a consideram uma violência contra o animal. Em junho de 1997, o Supremo Tribunal Federal - STF proibiu a realização da "Farra do Boi"; os ministros alegaram que a farra não é uma prática cultural e sim uma crueldade contra o animal em questão.

Terno de Reis

Cantoria composta por acordeão, violão e rebeca. Homenageia os Reis Magos e realiza-se na véspera de 06 (seis) de janeiro.

Os tocadores entoam cantos alusivos ao evento do nascimento de Cristo e freqüentemente improvisam versos homenageando o dono da casa visitada. A família recebe os "visitantes" geralmente oferecendo bebidas alcoólicas, há uma breve troca de cortesias quando retorna-se à cantoria para despedida. Seguindo-se assim para outra casa; as visitas muitas vezes atravessam a noite até o amanhecer.

Artesanato - Um trabalho já não tão valorizado como antigamente.

Cerâmica

A Cerâmica de origem Açoriana, ao ser implantada em Florianópolis, apresentava duas finalidades: utilitária (jarros, panelas, louças e canecas) e decorativa (cinzeiro, vasos, etc.). Atualmente, esse trabalho restringe-se às áreas litorâneas de Florianópolis, restando apenas três fábricas que produzem objetos de barro. Essa diminuição significativa dá-se em razão da produção de utensílios industrializados, a lentidão na aprendizagem dos oleiros e ao alto valor das peças artesanais de barro comparadas a outros produtos fabricados por indústrias, entre outras.

Artesanato

Os trançados de vime, raiz de imbé, palha, taquara e bambu são encontrados ainda em alguns municípios Catarinenses. Essa arte está vinculada à produção da vida material centrada na pesca e na agricultura. Destacam-se alguns tipos:

Trançados: na sua maioria, são trabalhos caseiros, sem produção comercial, cuja venda é realizada a turistas, casas comerciais que ficam na beira das estradas e em lojas de mercados públicos, juntamente com artigos idênticos de procedência do Rio Grande do Sul e outros estados.

Objetos de madeira: nesse tipo de artesanato encontra-se várias semi-indústrias que se dedicam ao comércio de quadros e bandeiras com borboletas. Essa produção possui grande variedade de artigos. Em Santa Catarina, há artesãos que se destacam na arte de esculpir madeira. Estas peças são produzidas para famosos colecionadores.

Rendas de Bilros

A renda de bilro surgiu no século XVI na Itália, sob a dominação de “Punto in aere” (Ponto do ar). Mais tarde foi levada para a França, e posteriormente para toda a Europa.

O contato com os povos do Oriente, através dos descobrimentos marítimos, exerceu grande influência na arte de Portugal, principalmente nas ilhas de Madeira e dos Açores. Como tecelãs e fiandeiras, as mulheres utilizavam cipós e fibras vegetais na arte de cestaria do

entrançado, da construção de redes, até que se desenvolvessem as artes de costura, bordado e renda, com a invenção de agulha de coser e dos fusos.

Evoluindo do bordado, a renda de bilro ou almofada, trabalha com pontos no ar, sem tecido preexistente. São fios presos por uma extremidade a uma das pontas do bilro e outra fincada por alfinetes, num cartão (pique) em cima de uma almofada.

A arte da confecção da renda de bilro espalha-se por todo o litoral brasileiro, especialmente nas praias habitadas por pescadores. O sul do Brasil reúne a maior concentração de rendeiras, e na costa de São Francisco do Sul até Laguna ainda encontram-se pequenos núcleos de rendeiras. Há grande variedade de peças: rendas de arco e margaridas com bico concha, céu estrelado, miudeira, rosinhas, favos, pontas, pontilhas, entremeios e barras, que são confeccionadas utilizando bilros, almofadas, pique, linha e alfinetes.

Arquitetura

Nos últimos anos, vêm-se colocando em risco a sobrevivência da cultura de base açoriana no litoral catarinense. Entretanto, muitos grupos lutam para preservar esses valores culturais que sobreviveram por muitos séculos.

A arquitetura também exprime o sentir dessa coletividade. As primeiras casas dos Açores eram do tipo defensivo, escondidas na paisagem, construídas de pedra solta, com cobertura de palha e de colmo. De pedra solta, também foram construídos os muros das propriedades que protegiam dos ventos as suas plantações. O açoriano valeu-se das grandes quantidades de pedras vulcânicas para suprir suas necessidades.

Na arquitetura construída durante o povoamento, as casas eram geralmente constituídas por um só piso e divididas em três compartimentos: ao centro, ficava o chamado «meio-da-casa» (quarto de entrada); de um lado, o quarto da cama e, do lado oposto, a cozinha, com um recanto onde se situava a lareira e o forno.

A robustez das formas está na escolha dos materiais que a compõe: a brancura de cal acentua os relevos do basalto, ganhando contraste com a cor dos telhados e das madeiras que podiam ser vistas do exterior ou no interior. Nas casas do Brasil, as divisórias eram separadas por paredes de pau-a-pique e as portas de entrada eram feitas de uma única tábuia e bastante sólida.

Tanto no Brasil como nos Açores, o problema da orientação do prédio era comum. Praticamente todos que levantavam uma casa, procuravam fazê-la de frente para a estrada. Contudo encontra-se alguns prédios cujas laterais ou fundos entestam com a estrada. A razão está no fato dos seus proprietários acreditarem que os raios de sol nascente deveriam bater na frente das suas casas para que houvesse felicidade e bens (SANTOS, 1997).

IV. MARCO CONCEITUAL

“O marco conceitual é uma construção mental logicamente organizada, que serve para dirigir o processo de investigação...”(NEVES e GONÇALVES, 1984, p.213), ou seja, um conjunto de conceitos definidos e interrelacionados que formam uma estrutura abstrata e tem como característica principal, a coerência intra e entre suas partes, formando uma totalidade .

Este serve como guia e suporte para a implementação do processo educativo, devendo permear todos os momentos dessa prática.

Segundo Minayo *apud* Glonek *et al* (2003, p.30):

(...) toda a construção teórica é um sistema cujas vigas mestras estão representadas por conceitos. Os conceitos são as unidades de significado que definem a forma e o conteúdo de uma teoria. Podemos considerá-los como operações mentais que refletem certo ponto de vista da realidade, pois focalizam determinados aspectos dos fenômenos, hierarquizando-os. Desta forma, eles se tornam um caminho de ordenação da realidade, de olhar os fatos e as relações e, ao mesmo tempo, um caminho de criação.

Optou-se pela Teoria da Diversidade e Universalidade Cultural do Cuidado de Leininger, pela identificação de seus princípios norteadores, representados no Modelo do Sol Nascente. A partir deste, percebe-se a ligação entre a prática assistencial proposta e sua estrutura conceitual. As vigas desta teoria são sustentadas pela estrutura cultural e social, passando pelo indivíduo, família, grupos e instituições, chegando às ações e aos cuidados de enfermagem (preservação cultural, acomodação e repadronização).

4.1. Histórico da Teorista

Madeleine Leininger nasceu na cidade de Sutton, estado de Nebraska, USA, em 06 de junho de 1924. Graduou-se em Enfermagem no ano de 1948, em Denver, na St. Anthony's School of Nursing. Concluiu seu bacharelado em Ciências Biológicas do Benedictine College, Atchison, Kansas, no ano de 1950 (LEOPARDI, 1999; BELTRAME, 2000).

“Desde o início de sua carreira, na década de 40, Leininger via o cuidado como o foco central da Enfermagem. Nesta época não havia alta tecnologia, nem muitas medicações ou exames sofisticados para atender os clientes, e a assistência era centrada no cuidado, cuidado este, que se fundamentava em passar tempo com os clientes, ouvir suas narrações e sentimentos sobre si mesmos, a vida em casa e suas situações no trabalho. Respeitava-se os clientes como seres humanos e, o enfermeiro orgulhava-se em prestar cuidado sendo atencioso, compassivo e enfático em atender as suas necessidades” (LEININGER *apud* BELTRAME, 2000, p. 50).

“Após a II Guerra Mundial, a assistência médica passou a ter novas tecnologias, novos medicamentos e ganhou prestígio da população e autoridades por obter o tratamento e a cura de diversas doenças. A Enfermagem sentiu-se desvalorizada em suas atividades de cuidar e passou a incorporar práticas baseadas no modelo médico, e o cuidado humanístico deu lugar a práticas de assistência centrada nos sinais e sintomas das doenças e também para o cumprimento das prescrições médicas” (LEININGER *apud* BELTRAME, 2000, p. 50)

Durante sua prática profissional nos anos 50, Madeleine Leininger trabalhou no lar para orientação para crianças e pais, na especialidade de Enfermagem Clínica. Através da realização deste trabalho, pode perceber que as crianças apresentavam algumas diferenças no seu comportamento que se repetiam com frequência. Leininger relacionou essas diferenças a cultura trazida por estas crianças de casa e percebeu que a Enfermagem não possuía conhecimentos suficientes a respeito da cultura familiar demonstradas por estas crianças. Para compreendê-las melhor, desenvolveu as práticas de cuidados da Enfermagem diversificadas, significativas e eficazes, de acordo com as suas culturas. Após essa experiência, passou a dedicar-se a esta nova área da Enfermagem, ou seja, à Enfermagem Transcultural, como sub-área da Enfermagem. Leininger foi a primeira enfermeira do mundo a se doutorar em Antropologia (LEOPARDI, 1999)

Nos anos 60, Leininger iniciou a relação Enfermagem e Antropologia e se interessou pelo que as enfermeiras poderiam aprender sobre o cuidado humanizado, saúde-doença, se compreendessem as diferenças e semelhanças entre as culturas. Leininger viajou para a Nova Guiné e durante sua viagem, percebeu diferenças na forma em que o cuidado era expresso e conhecido numa cultura diferente da sua. Então, surgiu a necessidade de documentar e explicar a Diversidade e Universalidade do Cuidado Cultural.

Em 1960, Leininger começou a utilizar termos como: Enfermagem Transcultural e etno-Enfermagem e em 1966, promoveu seu primeiro curso sobre Enfermagem Transcultural. Logo, em 1978, publicou seu primeiro livro “Transcultural Nursing”. Em 1979, definiu etno-Enfermagem como o estudo de crenças, valores e práticas de cuidados de Enfermagem, tal como percebidas e conhecidas cognitivamente por uma determinada cultura, através de sua experiência direta, crenças e sistemas de valores (GEORGE, 2000).

Em 1985, Leininger apresentou seu trabalho como teoria e, também neste mesmo ano, participou do 1º Simpósio Brasileiro de Teorias de Enfermagem, em Florianópolis, no Brasil.

Em 1988, apresentou como pressupostos que “culturas diferentes percebem, conhecem e praticam cuidado de diferentes maneiras, ainda que alguns elementos comuns existam, em relação ao cuidado, em todas as culturas do mundo” (LEOPARDI, 1999) e definiu alguns conceitos, salientando que estas ainda seriam definições provisórias, passíveis de modificações ao longo do estudo sobre a cultura.

Em 1995, publicou seu livro “Transcultural nursing: concepts, theories, research and practice”, além de continuar escrevendo artigos e editando o “Journal of Transcultural Nursing”, que aceita publicações transnacionais sobre saúde e cuidado transcultural.

4.2. Histórico de Freire

Paulo Freire deixou um legado valioso, composto dos frutos de sua militância política e da significativa obra educacional que produziu como professor, acadêmico e intelectual. Seu método de educação de adultos lhe deu uma grande projeção nacional e internacional.

Recife, PE foi, até 1963, o palco dos principais eventos relacionados à sua formação e à sua trajetória intelectual e pessoal. Lá ele nasceu, em 19 de setembro de 1921, realizando toda

sua trajetória escolar até tornar-se, em 1947, bacharel em Direito pela Universidade do Recife (atual Universidade Federal de Pernambuco). No Recife iniciou, também, suas atividades profissionais como professor e, além disso, exerceu, entre 1947 e 1958, funções importantes no Serviço Social da Indústria, entidade na qual, pode realizar “as primeiras experiências que o levaram ao método” e onde teve contato com a educação de adultos.

Dentre as atividades que desenvolveu como docente, destaca-se o trabalho como professor de História e Filosofia da Educação na Universidade Federal de Pernambuco, de onde foi aposentado compulsoriamente em 1964.

Sua cidade natal serviu também de cenário para o início do desenvolvimento de seu trabalho teórico-prático, participando, desde 1961, do movimento de Cultura popular do Recife, do qual foi um dos fundadores. Lá escreveu seus primeiros trabalhos intelectuais, entre os quais destaca-se sua tese de concurso público para a cátedra de História e Filosofia da Educação, da Escola de Belas Artes, da Universidade do Recife, que recebeu o título “Educação e Atualidade Brasileira” (1959).

Foi, todavia, em Angicos, cidade do interior do rio Grande do Norte, que Paulo Freire, em 1963, juntamente com estudantes católicos de esquerda, fez a experiência de aplicação de seu método de alfabetização de adultos, visando ensinar trabalhadores rurais a ler, a escrever e a se politizar em 40 horas.

A partir dessa experiência, seu método e suas idéias ganharam maior expressão social, repercutindo seu trabalho e o dos estudantes em níveis nacional e internacional.

Com o golpe militar de 1964, foi preso e exilado. Na prisão e no exílio deu continuidade à sua militância e produção cultural.

Refugiou-se no Chile, entre novembro de 1964 e março de 1969. Nesse país, foi assessor no campo de alfabetização de adultos e de educação popular em geral, em muitas instituições relevantes, inclusive do México e em importantes universidades norte-americanas. No Chile, foi professor da Universidade de Santiago e do Instituto latino-americano de estudos Sociais. Em 1969, foi morar nos EUA, tendo sido professor visitante na Universidade de Haward (entre abril de 1969 e fevereiro de 1970). Mudou-se para a Suíça, tendo sido, no período de 1970/1980, em Genebra, consultor do Conselho Mundial de Igrejas – Departamento de Educação, tendo, ainda, sido, no período de 1972/1974, professor da Universidade de Genebra. Naquele país viveu até 1980, ano de seu regresso ao Brasil, aproveitando a Lei da Anistia (1979), depois de

quase 16 anos de exílio. Passou, então, a morar na cidade de São Paulo, onde, desde 1980, foi professor da PUC-São Paulo. Em paralelo, foi, também, professor da Unicamp.

Na dimensão política, após o retorno ao Brasil, participou da fundação do Partido dos Trabalhadores, pelo qual foi secretário da educação do município de São Paulo, entre janeiro de 1989 e maio de 1991, no governo da prefeita Luiza Erundina.

Foi ele, também, fundador do Vereda – Centro de Estudos em Educação, do qual foi diretor.

Como reconhecimento da expressão social de suas idéias, ele, entre 1965 e 1984, “percorreu o mundo”, ministrando cursos e seminários em inúmeras universidades latino-americanas, européias e asiáticas.

Sua morte, ocorreu no dia 02 de maio de 1997, em São Paulo, aos 75 anos de vida; tendo uma grande repercussão tanto no Brasil, quanto no exterior. Freire foi um grande mestre e um intelectual merecedor do maior respeito. Sua obra mais recente foi o livro “pedagogia da autonomia”, e estava escrevendo, quando foi escolhido pela morte, um novo livro que deveria ser intitulado “Cartas pedagógicas”.

4.3. Pressupostos para orientar a Prática Assistencial a partir das perspectivas de Leininger e Freire

- ✓ “A Enfermagem é uma disciplina de cuidado transcultural humanístico e uma profissão cujo propósito maior é servir o ser humano” (LEOPARDI, 1999, p.96).
- ✓ “O cuidado cultural tem um significado holístico importante para o conhecimento, explicação, interpretação e predição do fenômeno “cuidar” na Enfermagem” (LEOPARDI, 1999, p.96).
- ✓ “A administração de cuidados é uma prática de profundas raízes culturais e requer, portanto, um conhecimento de base cultural além de suficiente capacitação para sua eficaz aplicação” (LEOPARDI, 1999, p.97).
- ✓ “As diferenças e similaridades do cuidado cultural entre profissionais da saúde e clientes existem em qualquer cultura do mundo” (LEOPARDI, 1999, p.96).
- ✓ “Os valores, crenças e práticas do cuidado cultural são influenciados pela visão de mundo, linguagem, religião, contexto social, político, educacional, econômico,

tecnológico, etno-histórico e ambiental de cada cultura em particular” (LEOPARDI, 1999, p.96).

- ✓ Toda a prática educativa demanda existência de sujeitos: um que, ensinando, aprende, outro que, aprendendo, ensina (FREIRE, 2002).
- ✓ Ensinar não é transferir conhecimento, mas criar as possibilidades para sua própria produção ou a sua construção (FREIRE, 2002).
- ✓ Ensinar exige respeito aos saberes socialmente construídos na prática comunitária dos educandos. O respeito à autonomia e à dignidade de cada um é um imperativo ético e não um favor que podemos ou não conceder uns aos outros (FREIRE, 2002).
- ✓ No processo do cuidado cultural, a enfermeira respeita e valoriza os comportamentos culturais do indivíduo, família e grupo.
- ✓ A educação para a saúde está diretamente ligada à prática de Enfermagem.
- ✓ As ações educativas devem partir do viver cotidiano do ser humano, permitindo reflexões conjuntas entre o profissional de saúde e o indivíduo/família/grupo, na tentativa de reforçar seus conhecimentos ou reformular a compreensão da realidade.

4.4. Considerações sobre o Método Pedagógico de Paulo Freire

A linha pedagógica da Escola Libertadora criada e difundida pelo educador Paulo Freire acredita numa educação não formal e valoriza o ser humano como agente de transformação de sua realidade. Esta pressupõe alguns princípios, entre eles:

- ✓ a educação não é um ato isolado e neutro, mas um ato social e político;
- ✓ quem forma se forma e re-forma ao formar e quem é formado forma-se e forma ao seu formado;
- ✓ não há docência sem discência. As duas se explicam e seus sujeitos, apesar das diferenças que os conotam, não se reduzem à condição de objeto, um do outro;
- ✓ ser humano é um ser inacabado e em constante transformação;
- ✓ a educação deve ser voltada para realidade concreta do indivíduo (FREIRE, 1999).

Freire defende que ensinar exige: respeito aos saberes dos educandos, aceitação do novo e rejeição a qualquer forma de discriminação, respeito à autonomia de ser do educando, a

convicção de que a mudança é possível, disponibilidade para o diálogo, comprometimento, pesquisa, criticidade, ética e estética.

Freire (1999, p.46) reitera que uma das tarefas mais importantes da prática educativo-crítica é propiciar as condições em que os educandos em suas relações uns com os outros e todos com o professor ensaiam a experiência profunda de assumir-se. A relação professor/aluno (no caso, enfermeira/cliente) deve ser horizontal onde ambos mantêm o diálogo, posicionam-se e buscam, como sujeitos, a troca de conhecimentos e superação das desigualdades.

A partir disso, acredita-se ser de fundamental importância que a enfermeira dê-se conta de seu papel de educadora para a saúde, bem como de sua relevância na motivação, estímulo e busca de estratégias de ensino-aprendizagem que atendam aos reais anseios dos clientes, possibilitando aos mesmos e a suas respectivas famílias condições para que possam perceber criticamente sua realidade e, a partir daí, desenvolver potencialidades que resultarão na solução de seus problemas de saúde de forma consciente e efetiva, melhorando, conseqüentemente, sua qualidade de vida.

Urge estudar a estrutura teórica de sua proposta pedagógica, seus pressupostos, antropológicos, gnoseológicos, metodológicos e pedagógicos, sua lógica interna na relação com a situação histórica na qual seu pensamento foi formulado; a evolução desse pensamento, procurando verificar se retifica ou ratifica posições teóricas anteriores e as contradições da proposta, são questões que já vêm sendo pesquisadas, outrossim, não o suficiente, merecendo, portanto, maiores estudos.

No entanto, elementos importantes da proposta de Freire ficaram patentes e são cada vez mais assimilados por todos aqueles que percebem na sua proposta pedagógica o reconhecimento das potencialidades do outro, a horizontalidade das relações entre educador-educando e educando-educador, em que há sempre partes de um no outro, através das quais as pessoas podem tornar-se ou fortalecer-se como sujeitos. São eles:

1. “Círculo de Cultura” que tem sido apontado como um método de trabalho, no qual se assegura o diálogo e a participação dos componentes do grupo. Este método baseia-se numa relação horizontal, dialógica e participativa, em que não existe um que sabe e outro que não sabe, mas um educador que pode aprender com os educandos e educandos que podem aprender com o educador, numa possibilidade permanente de troca de conhecimentos.

2. O método Paulo Freire pode ser dividido em etapas que não são estanques e inter-relacionam-se num movimento de ida e vinda. A relação dialógica permeia o processo, permitindo uma participação efetiva do público envolvido, buscando desenvolver uma visão mais crítica da realidade. Sem o diálogo, nada acontece. As etapas são as seguintes:

a) Temas Geradores que são expressões, situações de vida e do trabalho; palavras que servem como instrumento para conduzir os debates e para a compreensão do mundo, a serem aprofundadas no diálogo entre educador-educandos. A abordagem e a problematização dos diferentes temas emergidos deve ocorrer conforme a priorização do grupo, estabelecida a partir das suas necessidades e do objetivo da proposta. Para cada encontro, o grupo sugere um ou mais de um sub-tema a ser focalizado, entre os apresentados. No decorrer dos encontros, cada participante deve manifestar a sua visão sobre a temática focalizada, baseada no seu vivido. Na medida em que os temas vão sendo discutidos, vai se explicitando uma visão mais clara da realidade, aparentemente, aumentando o nível de consciência das participantes, gerando uma visão e uma ação mais crítica.

b) Codificação x Decodificação.

A **codificação** representa a manifestação dos participantes acerca de seu entendimento sobre o tema ou a palavra. A **descodificação** pode ser compreendida como a discussão que se realiza entre educador-educandos, que permite analisar, de modo crítico, o que se passa na realidade vivida; nesta fase, os participantes iniciam o questionar-se e a duvidar das opiniões que possuem sobre o vivido, aparentemente, apresentando uma postura cada vez mais crítica frente a esta, permitindo aproximar-se da realidade vivida. O processo de descodificação das situações existenciais provoca uma postura de ida e volta, das partes ao todo e do todo às partes, possibilitando percepções cada vez mais críticas da situação codificada, do concreto; percepções significativas da realidade dos educandos, permitindo-lhes reconhecer a interação possível entre as partes e o desenvolvimento da sua consciência crítica. O educador, além de ouvir os participantes, deve desafiá-los, através da “**problematização**” das situações apresentadas, codificadas e das contribuições surgidas no decorrer das discussões. Os sujeitos, através do diálogo e do crescente desvelamento crítico da situação, procuram reconhecer-se como sujeitos da sua história. Compreende-se como **problematização** o ato de olhar, de analisar a si e a sua posição no mundo, sua relação com a realidade, o levantar ou apontar problemas,

estimular, provocar; exige uma participação consciente, uma prática e teoria sempre em unidade. É o processo de analisar a realidade, de questionar o que se apresenta, levando o homem à criticidade, a posições indagadoras, inquietas e, conseqüentemente, potencialmente criadoras. Partindo da problematização sobre a realidade vivida e o cotidiano do trabalho, o homem poderá descobrir ou entender fatos ou coisas escondidas e veladas que não consegue-se perceber no dia-a-dia.

A educação problematizadora se estabelece numa relação dialógica entre os homens/mulheres, garantindo a participação de todos, ultrapassando o senso comum e aumentando o conhecimento e a visão crítica da realidade. Educandos e educadores buscam superar uma visão ingênua, partindo para a conscientização e transformação do mundo vivido.

Então, a partir da problematização, o homem vai desenvolvendo sua consciência crítica, ou seja, na relação dialética com o mundo, o homem descobre-se como pessoa inserida e integrada no mundo. Esta progressiva tomada de consciência, gerada pelo conhecimento crítico da realidade, leva à conscientização.

Para Freire (1980, p. 25), “**conscientização** é um ato de conhecimento, uma aproximação crítica da realidade”, um trabalho que deve ser feito ou co-participado coletivamente, de modo a alcançar o conhecimento da realidade vivida (Brandão, 1991). A Conscientização dá-se na práxis, - ação – reflexão - ação, na relação teoria-prática. O refletir e o atuar sobre a ação poderão ajudar-nos a ampliar os conhecimentos sobre o vivido, descobrir as dificuldades e os limites do que fazer. A conscientização decorre do ato de pensar juntos, de trocar idéias, partindo de situações existenciais, espantando-se perante o conhecimento, dialogando, criticando, sendo criticado, conhecendo-se a si mesmo; implica uma nova compreensão do mundo, mais crítica, mais criativa e mais comprometida, transformando não só o modo de pensar, mas o de agir.

c) O Desvelamento Crítico representa, então, uma maior tomada de consciência dos participantes, levando o grupo a compartilhar o vivido, conhecer a realidade, evidenciar necessidades e analisá-las, exigindo uma ação na busca da superação de suas dificuldades.

Alguns participantes poderão assumir um compromisso maior em relação ao seu fazer, através da busca e implementação de estratégias para a superação e enfrentamento dos problemas evidenciados, com uma mudança em suas posturas, um maior envolvimento e comprometimento. No entanto, as modificações ou transformações no cotidiano vivido dependem

do envolvimento e do compromisso assumido individual e coletivamente. Assim, é imprescindível a participação ativa do grupo de participantes.

Desta forma, Freire (1983) defende uma proposta de mudança no processo educacional, voltada aos interesses da classe dominada, isto é, para a maioria da população, visando à sua emancipação, libertação através de uma transformação social. Ele não propõe uma teoria acabada, mas conceitos a serem relacionados com esta prática, dentre eles: homem, diálogo, educação, problematização e conscientização.

A **educação** pode ser entendida como um processo através do qual o homem busca a superação de suas imperfeições; pode preparar o homem para a crítica, propondo, com ele, alternativas ou possibilidades para que escolha o seu caminho. Freire (1997a) considera que “a educação é essencialmente um ato de conhecimento e de conscientização” (p. 10-11); para ele, a educação é um ato construído pelos sujeitos que aprendem e ensinam por meio de suas relações dialógicas. É este conhecimento construído e refletido que leva à consciência crítica, à conscientização e transformação: “a educação deve estimular a opção e afirmar o homem como homem” (p. 32). É um ato coletivo, é um processo de trocas entre as pessoas; a educação não pode ser feita por um sujeito isolado, não pode ser resultado do depósito de quem supõe ter todo o saber sobre o outro, entendido como um ser despossuído de saber.

A educação pode ser entendida como um processo de reflexão do homem sobre sua situação, sobre seu ambiente concreto; quanto mais ele refletir sobre a sua realidade, sobre sua situação concreta, mais poderá descobrir-se como sujeito plenamente consciente, comprometido, fortalecido e disposto a intervir na realidade para mudá-la. A educação precisa ser refletida como um processo que só acontece no convívio social. Pode constituir-se em instrumento para que o homem construa a sua cultura e a sua história, possibilitando o estabelecimento de relações de reciprocidade entre os homens, como sujeitos, com possibilidade de participação na transformação do mundo. A educação pode desenvolver uma postura de questionamento, de atitude crítica, graças a qual o homem escolhe e decide, examina e critica os atos diários cumpridos por rotina, tradição e, constantemente, de modo não consciente.

Com relação a participação comunitária, Briceño-Leon (1996) parte das teorias da ação humana para estabelecer as duas correntes que pretendem explicar a ação ou não-ação das pessoas. A seguir, propõem-se as sete teses. Para vencer a resistência das pessoas requer-se uma

maior ênfase no ser humano. Esta mudança de ótica envolve dois princípios que devem guiar qualquer ação sanitária:

- a) é necessário conhecer o ser humano;
- b) é necessário contar com o ser humano.

Conhecer o ser humano

Este princípio tem um postulado que poderia definir-se assim: *“Só conhecendo o indivíduo e suas circunstâncias é possível uma ação eficiente e permanente em saúde”*. Conhecer o indivíduo significa compreender:

a) *Suas crenças*: o que o indivíduo acredita sobre a forma de transmissão ou de controle é fundamental para sua ação. Se o indivíduo acredita que cura-se a doença com bruxaria não fará nada a respeito que seja diferente da feitiçaria. O contexto em que está inserida a doença é extremamente importante ao tratamento e a abordagem de prevenção ou controle que se queira fazer. As crenças são importantes porque a realidade é, para efeito de comportamento, como as pessoas acreditam que é; a qual não necessariamente coincide com o pensamento de outra pessoa ou como cientificamente demonstrada se pense que a realidade é de fato.

b) *Seus hábitos e papéis*: as pessoas fazem atividades ou deixam de fazê-las habitualmente, e isto as expõe ao risco de adquirir a doença ou impede seu controle, pois os hábitos significam maneiras tradicionais de viver, são o que as pessoas fazem porque sempre o têm feito dessa forma e, sem pensar, repetem, como uma verdade que se impõe em atos.

c) *Suas circunstâncias*: são as circunstâncias materiais reais sobre as quais se desdobra a ação ou não-ação dos indivíduos. São as condições objetivas da situação na qual vivem as pessoas. Estas circunstâncias são da pessoa, da família, da comunidade ou da sociedade na qual se encontram.

Contar com o ser humano

Este princípio tem uma premissa que poderia postular-se assim: *“Ninguém pode cuidar da saúde de outro se este não quer fazê-lo por si mesmo”*. Isto quer dizer que as pessoas devem agir para poder garantir sua própria saúde, quer dizer que os programas não podem ser impostos à comunidade, que a comunidade deve compartilhar o tipo de programa de saúde que vai ser implantado.

É possível que muitas ações verticais possam ter uma maior eficácia imediata, mas a permanência destas ações no tempo é mais frágil, pois os indivíduos não cooperarão para mantê-las porque não as consideram próprias ou porque criaram uma rejeição e uma resistência em continuar aceitando-as.

Contar com o ser humano envolve aceitar o risco da liberdade do outro, único fundamento para a construção de uma sociedade democrática.

4.5. Sete teses sobre educação para a participação

Briceño-Leon (1996) propõe sete teses sobre a relação entre educação sanitária e participação em saúde, discutidas a seguir:

Tese I

A educação não é só o que acontece nos programas educacionais, mas em toda a ação sanitária.

O que deve-se destacar é que em todas as ações que se fazem num programa de controle gera-se uma ação educativa e, por isso, deve-se levar em conta a dimensão educativa não-intencional das ações cotidianas intencionais executadas pelos programas de saúde.

Duas conclusões derivam-se desta tese: uma conclusão evidente é que deve-se estudar as formas de aplicação das políticas sanitárias em geral e ver qual o tipo de mensagem e qual o tipo de ação educativa que ali se desenvolve. Trata-se de um tipo de pesquisa operacional mas referida aos efeitos comunicacionais e educacionais das ações não intencionalmente comunicacionais nem educativas. A outra conclusão é que deve-se preparar toda a equipe envolvida nas campanhas sanitárias desde o ponto de vista educacional e não exclusivamente aqueles que por sua função ou cargo corresponda a tarefa educativa.

Tese II

A ignorância não é um vazio a ser preenchido, mas um cheio a ser transformado.

O indivíduo, presumidamente ignorante, detém muitos conhecimentos, crenças, opiniões, consideradas "más", "tradicionais" ou "incorretas", todavia, são as que o indivíduo tem e as que guiam normalmente seu comportamento. Recordemos, entretanto, que a clientela não é

infantil, mas adultos que têm uma perspectiva e uma visão geral do mundo. Trata-se então de conhecer quais são os conhecimentos, as crenças e os hábitos que os indivíduos têm para poder trabalhar sobre eles e tentar gerar uma transformação dos mesmos em saberes novos, crenças modificadas e, conseqüentemente, hábitos trocados.

O objetivo da educação, nesta perspectiva, não é cobrir o vazio da ignorância, mas transformar os cheios cognitivos e comportamentais previamente existentes no indivíduo. Por conseguinte, é importante conhecer os saberes e as práticas da população, identificar a matéria prima sobre a qual se desenvolverá o trabalho educativo. Trabalhar os saberes que, em forma de idéias, de práticas ou de "hábitos" (BOURDIEU apud BRICEÑO-LEON, 1996), encontram-se numa população, envolve uma ação crítica, mas, ao mesmo tempo, respeitosa e solidária.

Tese III

Não há um que sabe e outro que não sabe, mas dois que sabem coisas distintas.

O processo educacional então não deve ser unidirecional, já que, se os dois sabem, os dois devem dizer algo. O processo educacional é bidirecional e ambas as partes geram um acordo de transformação de seus próprios saberes. Quando fala-se em transformação de ambos, refere-se a toda sua significação. Quando um assume uma experiência de trabalho com uma comunidade, uma experiência de trabalho com moradores do campo ou da cidade, resulta que, ao final do processo educativo, essa comunidade ou esse grupo de pessoas se transformou, mas esse agente também modificou-se. As visões que este tinha sobre o mundo, os conhecimentos que tinha, a maneira de entender a vida e as formas como compreende a sociedade também mudam, ou seja, o mesmo também se transforma. A educação é, então, um compromisso para transformar os saberes e o mundo.

O educador, como agente externo, pode motivar, tampouco se o próprio sujeito não quiser mudar, não quiser educar-se, nada acontecerá. E é por isso que insiste-se na premissa inicial: se alguém não quer fazer algo por sua própria saúde, outro não poderá fazê-lo por ele. Por conseguinte, revela-se importante a participação das pessoas.

Tese IV

A educação deve ser dialogada e participativa.

Se ambos sabem, o processo educacional é, então, um processo de diálogo entre saberes. Um processo de diálogo no qual ambos se comprometem a escutar-se e transformar-se. Todavia, um processo de diálogo é um processo participativo e a educação deve ser participativa em si mesma. Não é possível ensinar ou induzir a participação sem que o processo mesmo seja participativo, urge haver envolvimento da comunidade e dos moradores em todos os momentos, desde o planejamento das ações.

Um programa dialógico e participativo em saúde envolve todos, que atuam por igual, embora com papéis diferentes. Não é que um instrui e outro obedece, que um projeta e o outro aplica. Um processo participativo envolve confrontação de perspectivas e prioridades; as do agente de saúde são tão legítimas e válidas como as da comunidade. Conseqüentemente, a idéia da participação comunitária como mão-de-obra grátis que executa as decisões dos órgãos da saúde fica inteiramente excluída.

Entretanto é preciso cuidar para que o espírito dialógico e participativo não se confunda com submissão por parte do educador. Uma consequência indesejada de algumas perspectivas igualitaristas da educação revelam-se nas muitas oportunidades, nas quais os educadores sentem-se numa posição completamente inversa à que tinha anteriormente. Se antes a tônica era a do mestre, agora será outro extremo e diz-se que o educador é quem não sabe, configurando-se uma atitude submissa, de aceitação de tudo o que diz ou faz o "povo". "Porque se a comunidade diz, é verdade", - pensam alguns, paradoxalmente. Uma comunicação participativa e dialógica não pode basear-se na predominância de nenhum dos dois extremos. Todos participam, o educador sanitário, o médico e o camponês ou o morador urbano colocam seus saberes e sua vontade. O que há de buscar-se, então, é dialogar e intercambiar, tentando confrontar os saberes sem dominação e sem submissão.

Todavia, nesta perspectiva é muito importante a negociação entre as partes. Poder-se-ia dizer que há três tipos de participação das pessoas nos programas de saúde. A primeira que a aceitação dos programas e instruções da equipe de funcionários dos órgãos de saúde. Que poder-se-ia chamar de passiva. Embora seja muito difícil considerar a aceitação como participação propriamente dita, deve-se reconhecer que há uma diferença importante entre recusar e aceitar uma proposta de ação sanitária. Aceitar envolve um trabalho de cooperação e diálogo. Entretanto, há outras duas modalidades que são as que poder-se-ia considerar propriamente participação: a ativa, que não apenas aceita mas toma parte nas tarefas, executando-as com ou sem supervisão da

equipe de funcionários de saúde, mas que é, em essência reativa, pois responde à iniciativa de um agente externo seja este o Ministério de Saúde ou uma organização não-governamental. Neste caso, a comunidade não toma iniciativa nem planeja os programas ou se o faz é na forma e no momento que lhe atribui o agente externo. Como terceira e última modalidade encontra-se a participação que se dá quando é a própria comunidade que toma a iniciativa, que propõe o programa de ação e atribui um papel ao Ministério da Saúde ou a qualquer outra agência governamental ou não. São escalas distintas da participação com modelos distintos de ação e decisão entre a comunidade e o Ministério de Saúde, entre a Sociedade Civil ou as ONG e o Estado. O singular é que cada uma destas modalidades implica, de algum modo, um processo de negociação, ou seja, de diálogo e de compromisso entre as partes (Briceño-Leon, 1996).

Tese V

A educação deve reforçar a confiança das pessoas em si mesmas.

Se um indivíduo acredita que vai alcançar um objetivo qualquer, fará um esforço especial para alcançá-lo, mas, se, pelo contrário, não acredita que possa conseguir, não fará nada. Estas crenças ou expectativas podem ter uma origem infantil distante ou serem recentes nos indivíduos. Mas são decorrentes de um aprendizado social, da ação e das mensagens verbais dos outros indivíduos (SELIGMAN apud BRICEÑO-LEON, 1996). As ações que realiza-se em todos os indivíduos baseiam-se em uma expectativa de futuro. Quando se inicia uma ação não pode-se saber com certeza quais serão os resultados, mas faz-se uma previsão resultante do nosso proceder. E é esta previsão ou expectativa de resultado que produz o comportamento de determinada maneira. Só assume-se os resultados serão de acordo com o desejado dando início à atividade; ao pensar-se que não conseguir-se-á, não o far-se-á. Na impossibilidade de saber o resultado real, porquanto seja um evento de futuro, as decisões fundamentam-se nas informações prévias que maneja-se e na confiança que se tenha nos resultados esperados. Ou seja, num juízo interno sobre o mundo real.

Tese VI

A educação deve procurar reforçar o modelo de conhecimento: esforço – recompensa (resultado ou realização).

A educação não pode ser apenas verbal. Conquistar a confiança não pode ser só um ato de crença individual, pois, se assim fosse e contra todas as evidências externas se mantivesse a confiança, aproximar-se-ia da psicose. Para almejar a participação e atuação das pessoas, há de levá-las a crer que a ação terá um resultado.

O que derivado da tese anterior seria um reforço de tipo verbal torna-se agora um reforço de tipo prático: as pessoas têm que crer que a ação terá resultados, mas os resultados devem verdadeiramente existir (ROTTER apud BRICEÑO-LEON, 1996).

A ação educativa deve estar acompanhada de realizações que se obtenham através de esforços. Realizações obtidas a partir de traçar-se metas que o indivíduo possa cumprir, objetivos que signifiquem um estímulo à inteligência, que não sejam tão fáceis que possam ser considerados bobalhonas, nem tão difíceis que possam induzir ao fracasso de antemão. Se o indivíduo trabalha, participa e obtém realizações, reforça-se assim a idéia conectiva do esforço e realização. Ele aprende que pode fazer algo por sua própria saúde, aprende com ações. Aprende que o trabalho pode levar a realizações e que sua ação pode trazer-lhe satisfação e saúde (ROMERO GARCÍA apud BRICEÑO-LEON, 1996).

Tese VII

A educação deve fomentar a responsabilidade individual e a cooperação coletiva.

O envolvimento comunitário não deve significar uma dissolução da responsabilidade individual. Ao contrário, uma boa política de estímulo à participação deve fomentar o interesse e o compromisso de cada indivíduo como pessoa com as metas de saúde. Há, ao menos, dois tipos possíveis de participação comunitária: uma participação individual-familiar e uma participação coletiva. Desta perspectiva a participação comunitária não significa em si ação coletiva. Significa que é uma ação realizada pela sociedade civil como algo distinto da ação realizada pelo Estado através dos órgãos de saúde ou de algum outro organismo que emprega pessoas para realizar tarefas de saúde. O fato de ser individual ou coletiva é importante, como ver-se-á posteriormente, para outras dimensões da participação, contudo, não para o caráter comunitário. A participação individual-familiar pode ser, como seu nome sugere, uma ação realizada por uma pessoa ou por um grupo familiar que tem interesses comuns. Neste caso, a relação entre a atividade executada e os benefícios obtidos é direta e não se compartilham imediatamente com

outros indivíduos ou famílias. Na participação coletiva, a ação é realizada por um conjunto de indivíduos, entretanto, não existe uma relação restritiva entre a ação executada e os benefícios alcançados, pois os benefícios são de caráter público ou coletivo e não é possível discriminar quem participou para sua obtenção e quem não participou. Destarte, a participação individual-familiar requer um aumento da responsabilidade individual, quiçá do individualismo. Cada um deve sentir-se obrigado na realização de suas próprias metas de bem-estar e saúde. Nesta ótica, fica evidente que, se a pessoa não age, não vai obter nenhum benefício.

4.6. Modelo do Sol Nascente de Leininger

Segundo George (1993), a teoria de Leininger tem o nome de Diversidade e Universalidade Cultural do Cuidado, sendo esta representada pelo Modelo do Sol Nascente (Anexo II).

A compreensão deste modelo se dá através de quatro níveis, sendo o primeiro deles o mais abstrato e o quarto, o menos abstrato. Os níveis de um a três oferecem a base necessária de conhecimentos para o planejamento e a execução de um cuidado cultural coerente, enquanto o nível quatro oferece condições para a tomada de decisão e conseqüentes ações a serem desenvolvidas.

O **primeiro nível** compreende a visão de mundo e o nível do sistema social que direciona o estudo das percepções do mundo para fora da cultura – o supra-sistema, em termos de sistema geral. Leininger afirma que este nível leva ao estudo da natureza, do significado e dos atributos do cuidado, a partir de três perspectivas. Os valores e a cultura social podem ser uma parte de cada uma das perspectivas. A microperspectiva estuda os indivíduos numa cultura, cujos estudos seriam, caracteristicamente, em escala menor. A perspectiva intermediária focaliza fatores mais complexos, numa cultura específica; estes estudos ocorrem numa escala maior do que os microestudos. Os macroestudos existem em várias culturas e são amplos em escala.

O **segundo nível** oferece conhecimento sobre indivíduos, famílias, grupos e instituições, em vários sistemas de saúde. Esse nível propicia significado e expressões culturalmente específicos, em relação ao cuidado à saúde.

O **terceiro nível** focaliza o sistema popular, o sistema profissional e a enfermagem; as informações deste nível incluem as características de cada sistema, bem como os aspectos

específicos do cuidado de cada um. Essa informação possibilita a identificação de semelhanças e diferenças, a diversidade cultural de cuidado.

O **quarto nível** é o das decisões e das ações de cuidado em enfermagem que envolve a Preservação/Manutenção cultural do cuidado, a Acomodação/Negociação cultural do cuidado e a Repadronização/Reestruturação cultural do cuidado. É nesse nível que ocorre o cuidado de enfermagem e que é desenvolvido o cuidado cultural coerente.

Leininger salienta que o modelo não é a teoria, mas uma descrição dos componentes da teoria da Diversidade e Universalidade Cultural do Cuidado, sendo o objetivo deste modelo, auxiliar o estudo sobre a maneira de como os componentes da teoria influenciam no estado de saúde dos indivíduos, famílias, grupos e instituições, bem como o cuidado oferecido a eles numa cultura.

4.7. Processo de Enfermagem

A adaptação e a prática do processo de enfermagem (Anexo III) são focalizadas em quatro níveis do cuidado cultural, baseados no Modelo do Sol Nascente, proposto na teoria de Leininger.

O **levantamento de dados**, identifica-se no nível I, onde a estrutura social e a visão de mundo são identificadas.

O nível II é entendido como reconhecimento da **situação de vida atual**, onde o enfoque cultural no indivíduo/família/grupos/instituições são observadas.

No nível III, após o reconhecimento do indivíduo como integrante de um sistema de saúde, em que a equipe de enfermagem atua como elo entre o sistema popular e o profissional, **compreende-se o padrão de vida** das variadas culturas.

No nível IV, requer-se a identificação (**diagnóstico**), planejamento (**plano assistencial**), implementação e **avaliação**, baseando-se num processo de cuidados de enfermagem, culturalmente coerentes. Neste nível, a partir da identificação e interpretação dos problemas do indivíduo/família, pode-se diagnosticar e elaborar um plano de ação e interação junto a uma contínua avaliação, modificando culturalmente os cuidados no que for necessário.

Utilizamos para registro da Prática Assistencial, os instrumentos do serviço (Anexo IV), constante das seguintes etapas:

- ✓ Reconhecimento da situação cultural e de saúde do indivíduo/família e grupo;
- ✓ Definição da situação do indivíduo/família e grupo;
- ✓ Planejamento do cuidado ao indivíduo/família e grupo;
- ✓ Implementação do cuidado;
- ✓ Evolução do cuidado.

4.8. Principais Conceitos Interrelacionados

4.8.1. Enfermagem

A Enfermagem é, essencialmente, uma profissão que envolve cuidado cultural e coerente, uma vez que as enfermeiras oferecem cuidados a povos de inúmeras culturas distintas. É uma profissão científica e humanística, apreendida e focalizada no fenômeno do cuidado humano em atividades que propiciem assistência, suporte, facilitação e capacitação a indivíduos ou grupos, para manter ou reaver o seu bem-estar, de uma forma culturalmente significativa e satisfatória, ou para ajudá-los a enfrentar as dificuldades ou a morte. (GEORGE, 2000). Nossa atividade no trabalho em questão está enfocada na Educação para a saúde, que constitui uma importante função para Enfermagem.

4.8.2. Educação para a Saúde

Representa uma meta primária por meio da qual se ajuda o usuário a otimizar e/ou maximizar seu potencial individual. Isso a converte na principal estratégia, não somente para promover a saúde, senão também, por ser dirigida à doença ou à recuperação. Para cumprir suas metas, aborda um variado número de situações de ensino aprendizagem, através de diversas estratégias, métodos e técnicas, que requerem um adequado desenho de instrução, de tal forma que favoreçam cumprir com a finalidade de facilitar as ações voluntárias conducentes a um melhor cuidado da saúde. De acordo com Wagner *apud* Figueroa (1997, p.) o desenho de instrução define-se como:

“Um método sistemático de determinação e solução de problemas os quais se originam a partir de conhecimento ou de deficiências de habilidades do conhecimento”.

O papel do educador em saúde exige uma preparação não só na área específica do desempenho profissional, como requer, além disso, um conhecimento no âmbito da educação, da ética e de uma postura filosófica frente a seu “que fazer”. Isso lhe permitirá responder tanto as necessidades de aprendizagem dos usuários como também às situações próprias do campo da ética e da filosofia que lhe conduzam a favorecer a respeito à livre vontade do usuário (FIGUEROA, 1997).

O profissional que educa em saúde deve propiciar sempre o equilíbrio entre o fundamento do que ensina e o como é fundamentado para alcançar e despertar a curiosidade do usuário. Este último aspecto quer dizer, que, enquanto não for importante para a essência do ser o que se lhe está sendo apresentado, não encontrará um fundamento real para realizar ou cambiar uma determinada conduta. Isto implica que o educador deverá favorecer este equilíbrio, entregando conteúdos educativos essencialmente relevantes capazes de motivar uma conduta deliberada e intencional, e responsabilizando-se por desencadear o desejo de querer e conhecer de cada usuário, o que possibilita uma conduta ativa em seu processo educativo em saúde (FIGUEROA, 1997).

4.8.3. Educação Popular em Saúde

Retratando visões de Freire (1979) e Sales (2001), pode-se afirmar que a educação popular consiste numa estratégia de construção da **participação popular** no redirecionamento da vida social. Busca trabalhar pedagogicamente o homem e os grupos envolvidos no processo de participação popular, fomentando formas coletivas de aprendizado e investigação de modo a promover o crescimento da capacidade de análise crítica sobre a realidade e o aperfeiçoamento das estratégias de luta e enfrentamento. É, portanto, um modo comprometido e participativo de conduzir o trabalho educativo orientado pela perspectiva de realização de todos os direitos do povo, ou seja, do excluídos e dos que vivem e viverão do trabalho, bem como de seus parceiros e aliados. Nelas investem os que crêem na força transformadora das palavras e dos gestos, não só na vida dos indivíduos, mas na organização global da sociedade.

No período de 1964, que compreendeu a repressão e ditadura militar, começaram a surgir experiências autônomas de serviço de Saúde comunitário. Os profissionais começam a se aproximar dos grupos populares e ambos ensaiam formas de comunicação em uma linguagem comum, fazendo um começo de ações realmente integradas à dinâmica local. A participação de profissionais de saúde nas experiências de educação popular a partir dos anos 70 trouxe para o setor saúde uma cultura de relação com as classes populares que representou uma ruptura com a tradição autoritária e normatizadora da educação em saúde (VASCONCELOS, 1999).

Na década de 80, ocorreu a restituição das liberdades políticas e a volta da democracia. Em meio a essas questões políticas foi constituído o Sistema Único de Saúde. Nesta nova conformação política e social que o país vivencia, os trabalhos comunitários perdem força.

Partiu-se então para o desafio de incorporar no serviço público a metodologia da educação popular, adaptando-a ao novo contexto de complexidade institucional e da vida social nos grandes centros urbanos (VASCONCELOS, 1999).

Os movimentos populares de educação em saúde perdem força e na década de 90, como tentativa de promover uma maior articulação entre os vários movimentos sociais que atuam com educação popular em saúde no país, surge a Articulação Nacional de Educação Popular em Saúde (ANEPS). Tendo como finalidade, além de aproximar as diversas formas de educação popular em saúde e promover a troca de experiências possibilitando a sistematização de práticas positivas, diminuir o fosso entre práticas populares e o meio acadêmico (VASCONCELOS, 1999). Portanto, é nesse meio que são difundidas as idéias e as teorias de Paulo Freire, tornando-se o norteador das relações entre as classes populares e os intelectuais.

4.8.4. Ser Humano

Indivíduo biopsicossocial que sofre influencia de seu contexto ambiental. Acredita-se que os homens sejam provedores de cuidado e capazes de preocupar-se a cerca das necessidades, do bem-estar e da sobrevivência dos outros. O cuidado ao homem é universal, isto é, encontra-se em todas as culturas. Os homens sobreviveram em suas culturas, através da localização e do tempo, de inúmeras maneiras, e em variados ambientes. Dessa maneira os homens são seres universalmente provedores de cuidados que sobreviveram numa diversidade de culturas, por meio de sua capacidade de oferecer a universalidade do cuidado (GEORGE, 2000).

Para Paulo Freire o ser humano é entendido como um ser que se faz , em suas relações no mundo, com o mundo e com os outros, pelo trabalho livre, graças ao exercício de sua condição de ser curioso/crítico/criativo, enfatizando sempre seu caráter político/cidadão – o qual deve estar sempre disposto a lutar contra as imorais discriminações sociais, por mais que se reconheça a força dos condicionamentos a enfrentar. (FREIRE, 2002)

Já o enfermeiro – ser humano com compromisso profissional pela saúde do cliente – dentro de sua prática de caráter educativo, deve respeito à autonomia e à identidade do cliente/educando.

4.8.5. Saúde-Doença

Leininger define saúde como “um estado de bem-estar, culturalmente definido, avaliado e praticado e que reflete a capacidade que os indivíduos (ou grupos) possuem para realizar suas atividades cotidianas, de uma forma culturalmente satisfatória”. Acredita-se que a saúde seja entendida como algo universal a todas as culturas, embora definida no âmbito de cada cultura, num reflexo de suas crenças, valores e práticas daquela determinada cultura. Assim a saúde é também universal e diversificada (GEORGE, 2000).

Segundo Cartana (1997, p. 235), há pelo menos duas grandes visões de doença convivendo no mesmo ambiente denominado “comunidade”: a científica médica (biomédica) e aquela que podemos chamar “popular”, por falta de melhor denominação.

Complementando esta afirmação, Good *apud* Cartana (1997) afirma que a doença é classificada como um conjunto de experiências associadas por redes de significado e interação social. Neste sentido, toda doença tem característica individualizante e emergente, que depende do contexto sócio-cultural e de vida pessoal do indivíduo. Neste processo, portanto, a enfermeira pode encontrar a lógica que orienta a construção particular de doença daquela pessoa. A partir daí, concorda-se que a intervenção da mesma dar-se-á no sentido de construir as alternativas de encaminhamento que possam ser aceitáveis tanto por um quanto por outro modelo. Trata-se de desenvolver a arte de cuidar. A enfermeira tem em suas mãos a possibilidade de fazer a intermediação entre os modelos, lembrando porém que a decisão final está no cliente e não no profissional de saúde, principalmente ao concordar-se, desde já, com a percepção de Silva (2001) ao afirmar que a condição crônica de saúde afeta vários aspectos da vida dos seres humanos, havendo mais coisas envolvidas que a simples mudança na estrutura e funcionamento de seus organismos. As mudanças que ocorrem em suas vidas, muitas vezes provocam rupturas com seu modo de vida anterior, requerendo modificações em seus hábitos diários, nos papéis que desempenham, nas atividades que desenvolvem, enfim, mudanças que requerem uma nova reestruturação de seu dia-a-dia, as quais cabe apenas à própria pessoa o direito de decisão.

4.8.6. Ambiente/Sociedade

Não são termos definidos por Leininger, em seu lugar, ela fala a respeito de visão do mundo, estrutura social e contexto ambiental. No entanto, a sociedade/ambiente, se entendidas como representadas na cultura, constituem um tema primordial na teoria de Leininger. O contexto ambiental é definido como sendo a totalidade de um acontecimento, situação ou experiência. A

definição de cultura “valores, crenças, normas e práticas de vida aprendidos, partilhados e transmitidos”, os quais ocorrem num grupo de pessoas que agem num cenário ou ambiente identificável, por conseguinte, o conceito de cultura acha-se intimamente relacionado com a sociedade/ambiente, e constitui um tema fundamental em sua teoria (GEORGE, 2000).

A Enfermagem Comunitária desenvolve-se em locais onde as pessoas vivem o cotidiano, onde elas, sadias ou não, têm o leme da própria vida, onde tomam as próprias resoluções em diferentes aspectos, inclusive no cuidado com a saúde e a doença.

Destarte, percebe-se que o respeito às crenças e aos valores da comunidade pesqueira com a qual pretende-se trabalhar, torna-se atitude essencial à prática profissional enquanto académicas, bem como pessoal, ao levar em consideração, durante todo o processo, os principais aspectos desta cultura, originária do Arquipélago dos Açores, para então, poder intervir com eficácia.

V. METODOLOGIA

5.1. Contextualizando o campo de estágio

A Prática Assistencial teve como campo de atuação a Unidade Sanitária Campo D'Una, e toda a sua área de abrangência. Um dos 12 postos de saúde pertencentes ao município de Garopaba/SC, a unidade conta com uma infra-estrutura de aproximadamente 100m², composta por 17 ambientes que incluem: recepção ou secretaria, 01 sala de imunização, 01 para nebulização/preparo, 01 farmácia, 01 sala de emergência, 01 laboratório, 01 consultório médico, 01 consultório odontológico, 01 sala de observação, 01 de curativo, 01 de pequena cirurgia, 01 sala para preventivo, 03 banheiros, 01 depósito e 01 copa, facilmente visualizada no Anexo V.

A Unidade Sanitária Campo D'Una atende aproximadamente a 875 famílias distribuídas em 04 micro-áreas. Funciona de segunda à sexta-feira, das 8h-17h, com consultas médicas (clínica geral e ortopedia) e odontológicas, no período da manhã, 03 e 04 vezes por semana, respectivamente, bem como atendimento de enfermagem de segunda à sexta-feira, envolvendo triagem, procedimentos de enfermagem, preventivo, visitas domiciliares e grupos/palestras.

Contudo, com os dados coletados na prefeitura municipal, far-se-á uma apresentação mais detalhada do município, por ser um local onde ainda não foram realizados outros projetos de conclusão do curso de Graduação em Enfermagem da UFSC.

Um pouco da história e colonização de Garopaba

Sua história se insere no descobrimento do Brasil. A primeira notícia de Garopaba é a da expedição naval que a 24 de junho de 1525 zarpava da Coruña, na Espanha, com destino às

Molucas, na esteira de Fernão de Magalhães. Para fugir de um temporal, o espanhol Dom Rodrigo de Acuña, aportou o Galeão San Gabriel na Baía de Garopaba. Ali viviam os índios Carijós, que pertenciam a tribo dos Guaranis. Descrito como homem simples e de caráter pacífico, alimentava-se da caça, da pesca e dos produtos naturais da terra. Possuía também pequenas plantações de verduras e raízes, de que se ocupavam as mulheres. Os Carijós moravam em tabas ou aldeias, que continham 30 a 80 cabanas.

O primeiro povoado só surgiu em 1666 formado de imigrantes açorianos que aproveitaram a enseada natural de barcos. Assim, Garopaba recebe os açorianos que começaram a estabelecer-se e a formar comunidades, atraídos pela pesca da baleia.

Foram os tupi-guaranis, os primeiros habitantes de Garopaba; é a língua indígena que se deve o nome "garopaba". Este nome vem grafado gahopapaba na carta de Turim, em 1523, ou assim: upaua, upaba, guarupeba. Muitos vêem neste nome o significado de "enseada das garoupas"

O verdadeiro significado está no guarani, a língua local: ygá, ygara, ygarata: significa arco, embarcação, canoa; mpaba e paba é estância, paradeiro, lugar, enseada.

Garopaba, então, significa "lugar dos barcos", enseada dos barcos". O nome condiz com a primeira utilidade da enseada, recanto seguro para o ancoradouro de embarcações. Os açorianos desembarcaram em Garopaba enviados pelo Império Português, procedentes das Ilhas dos Açores, as quais, na época, viviam um processo de superpovoação.

Os açorianos ali instalados caçavam baleias comercializando seu óleo e barbatanas. Contudo, é no século XVII que a imigração dar-se-á de forma intensa, e até desorganizada, com a chegada em grande número de casais açorianos. Em 1793, foi criada a Armação de São Joaquim de Garopaba. A Paróquia foi criada por decreto do Governo Imperial em 09/12/1830, sua instalação ocorreu no ano de 1846. Garopaba ficava ligada ao vigário da Enseada de Brito, ao Norte, o Padre Vicente Ferreira dos Santos Cordeiro. Em 1839, ocorreu a Declaração do Estado Catarinense Livre e Independente, através da Câmara Municipal de Laguna, constituindo a República Juliana, que fez parte da Revolução Farroupilha. Por este desenvolvimento, Garopaba tornou-se freguesia no dia 13 de maio de 1846, por Manoel Marques Guimarães. Nesta época foram construídos a Igreja Matriz, o Cemitério e a Casa Paroquial.

Em 1862 -1864 assume a Paróquia o Padre italiano Rafael Faraco, que viria a exercer papel de fundamental importância no crescimento da localidade. Homem forte, energético,

decidido e disposto, Faraco consegue reformar a Igreja Matriz, exercendo importante papel na vida política da Freguesia e torna-se o principal responsável pela criação da Vila de Garopaba em 1877.

Em 06 de março de 1890, com trabalho de mobilização da Freguesia, Garopaba é elevada à Vila, com decreto do então Governador Lauro Severiano Muller. No dia 08 de Abril deste mesmo ano, o Governador nomeia os cinco membros do Conselho da Intendência que dirigira o Município. A instalação só ocorre no dia 07 de Junho de 1890.

No ano de 1890 dá-se a criação do comissariado de Garopaba. A guarda Municipal é criada em 1896. Em 19 de Outubro de 1906 Garopaba passa a fazer parte da Comarca de Palhoça. Em 1923, Garopaba perde a condição de Município, passando a integrar o Município de Imbituba, pertencendo a comarca de Laguna. Em 1930, Garopaba passa a Distrito de Palhoça. No ano de 1961, Garopaba volta a condição de Município, tendo sido instalado no dia 30 de dezembro de 1961.

Fundação da Armação de São Joaquim de Garopaba

Com o aumento da procura dos artigos industrializados a partir da baleia (barbatanas e azeite, para iluminação pública e argamassas), foi criada em 1793 a Armação de São Joaquim de Garopaba, que durou até 1801 e deu condições para a elevação do povoado a categoria de Freguesia.

Entretanto, a Lei 231 de 13/05/1846, que transformou Garopaba em Freguesia, trouxe uma prosperidade apenas aparente e fugaz para a localidade, através da construção de um cemitério, da Casa Paroquial, propriedade da extinta Armação. Logo depois, Garopaba voltaria a ser a típica vila de pescadores, o que dificultava até mesmo a permanência de um pároco na Igreja Matriz.

Localização

Garopaba é uma enseada que se estende da ponta do Faísca ou Gamboa até a Ponta do Ouvidor, banhada a leste pelo Oceano Atlântico, a oeste e norte fazendo limites com o município de Paulo Lopes e ao sul com o de Imbituba. Possui uma área de 111 Km² de extensão. Situada a 27'58'15" de latitude Sul e a 48'39'36" de longitude Oeste, na região sul do estado de Santa Catarina, distante 79 Km da capital do estado, Florianópolis.



Ao norte, sua praia, termina na Gamboa, depois de interrompida por um morrete de terras argilosas, terras diluvianas cheias de pedras arredondadas. Os morros da Gamboa chegam a uma altitude de 400 metros, deles descendo os filetes de água que formarão o Siriú. A estrada, que da cidade leva ao norte, deixa a praia para transpor o morro do Siriú, donde se obtém magnífico panorama. Daí descortinam-se todas as praias e pontas do sul até Imbituba, as lagoas, os campos, as areias.

O Siriú vai ter ao mar formando costões de íngremes ladeiras. Bem ao fundo, acompanhando a linha das praias, a constante neblina das costas. A leste, o Oceano Atlântico, confundindo-se com o horizonte. Ao norte distingui-se o Rio Embaú, que corre do sudoeste ao nordeste, entre matos e banhados, tiriricas e campos. Como pano de fundo, a Serraria do Cambirela e os morros da Ilha de Santa Catarina, que lhe ficam fronteiras. Na base do Siriú,

terrenos cultivados por agricultura rudimentar. O solo ao sul corresponde ao quartenário e, ao norte, ao arqueano.

O acesso rodoviário ao município de Garopaba deve ser através da BR 101, esta dá acesso as rodovias SC-434 ao Sul que liga Imbituba a Garopaba e a rodovia GRP 010 que liga Garopaba a Paulo Lopes. O melhor acesso é o Sul, na localidade de Araçatuba, km 273 da BR 101. Neste ponto o condutor deve deixar a BR 101 e ingressar na rodovia SC 434. Este acesso é asfaltado em todo o seu percurso de 15 Km, é bem sinalizado e dá acesso a vários outros pontos da cidade, como a praia do Rosa que fica 4 km após a saída da BR 101, a Praia do Ouvidor, a Praia da Barra, a Praia da Ferrugem, até chegar ao centro da cidade. O acesso Norte pelo município de Paulo Lopes, é perigoso. No Km 252 da BR 101, o condutor deve deixar essa rodovia e ingressar na GRP 010 que liga o município de Paulo Lopes a Garopaba. Essa rodovia é de chão batido, com grandes aclives e declives, o trajeto apresenta uma exuberante vista da cidade de Garopaba e de suas praias vizinhas, como a da Pinheira e a da Guarda do Embaú.

O aeroporto mais próximo é o Aeroporto Internacional de Florianópolis, distante 100 km do centro de Garopaba.

População (1996) - 11.718 habitantes

Densidade demográfica (1996) - 108 habitantes/km².

Abastecimento de água: poços profundos e ponteiros (Casan).

Recursos naturais: praias, consideradas pela Embratur como qualidade A).

Aspectos Econômicos

Primário: pesca, agricultura e pecuária.

Secundário: indústria de eletro-eletrônicos, fábricas de vestuário, peças em neoprene e artigos esportivos;

Terciário: hotéis, pousadas, bares, restaurantes, lojas, supermercados, profissionais liberais, entre outros.

Dentre os três setores da economia de Garopaba, o terciário é o que mais se destaca, pois sua economia é baseada no turismo de temporada.

Infra-estrutura

Serviços Bancários

A cidade conta com os serviços de duas instituições financeiras: Banco do Brasil e Banco do Estado de Santa Catarina - BESC. Durante a temporada, é instalado um caixa eletrônico do Banrisul no Supermercado Silveira.

Estrutura

- Água tratada e encanada - Casan
- Energia elétrica - Celesc
- Telefonia fixa (Telesc Brasil Telecom) e celular (Tim Sul e Vivo Celular)
- Provedor local de internet (Terra Networks e GSurf)
- Educação ensino médio e curso superior (Unisul)
- Saúde (atendimento básico, encaminhamento e pronto-socorro)
- Coleta de lixo periódica
- Segurança (Polícia Militar, Polícia Civil e salva-vidas)
- Serviços comunitários básicos, como Correios e cartório
- Unidade Judiciária Avançada
- Ginásio de esportes, quadras e praças
- Hospedagem (hotéis, pousadas e casas de aluguel)
- Comércio diversificado direcionado ao turismo.

Vias de acesso

Saída/entrada Norte - Km 250

Via Morro do Siriú

16 Km (estrada de terra)

Saída/entrada Sul - Km 273

Via SC 434 - Araçatuba

14 Km (asfalto)

Fontes de Renda

As principais fontes de renda são o turismo direto e indireto e a pesca.

Estrutura de Governo

Prefeitura Municipal de Garopaba

Praça Gov. Ivo Silveira, 296 - Centro - Garopaba/SC

CEP - 88495.000

E-mail: duvidas@garopaba.sc.gov.br

URL: <http://www.garopaba.sc.gov.br>

CGC: 82.836.057/0001-90

Prefeito

Quirino Juvêncio Lopes

Primeira dama: Nilza Ramos Lopes

Vice-Prefeito

Mauro Santos Nascimento

Chefe de Gabinete

João da Silva Pacheco

Secretarias

1. Administração

Secretário: Ronaldo Gabriel Antônio

2. Educação

Secretária: Elisabeth Kloch

3. Turismo, Cultura e Esportes

Secretário: Marcos Roberto Pacheco

4. Transportes

Secretário: Manoel de Otilio de Oliveira

5. Obras, Saneamento e Meio Ambiente

Secretário: Nilso Mello da Silva

6. Agricultura

Secretário: Daniel Pacheco

7. Saúde e Assistência Social

Secretário: Paulo Sérgio de Araújo

8. Finanças

Secretário: Ronye Paes

9. Diretoria de Controle Interno

Diretor: Nilton Batista Raupp

Serviço Público

Educação

A cidade mantém em funcionamento cerca de 14 escolas de 1.^a a 4.^a séries, distribuídas entre os bairros, uma escola de ensino fundamental no bairro de Campo D'Una em parceria com o Estado, denominada de Escola de Educação Básica Maria Correa Saad e uma escola de ensino médio, denominada Colégio Estadual José Rodrigues Lopes, localizada no centro, considerada a principal da cidade. Também opera em Garopaba, uma extensão da Unisul - Universidade do Sul de Santa Catarina. A instituição ministra o Curso de Pedagogia na cidade. Em Imbituba, a Unisul ministra o Curso de Administração com ênfase em Comércio Exterior.

Dispõe ainda, de transporte escolar gratuito para todos os alunos da rede Municipal, oferecido pela Administração Pública, que também oferece serviço de transporte aos universitários que estudam em Florianópolis ou Tubarão. O município conta ainda com o ensino Supletivo de 1.^o e 2.^o graus, com as creches municipais e comunitárias e com outras instituições privadas de ensino, tais como escolas de idiomas e informática

Saúde

A cidade possui 12 postos de saúde, distribuídos nos bairros ou de acordo com a demanda da população. Além do Posto de Saúde do Centro, que é responsável pela maior parte dos atendimentos, existem outros que também representam grande abrangência no município, tais como as Unidades de Saúde de ***Campo D'Una***, Palhocinha e Encantada, mantidos através da Administração Pública Municipal em parceria com o Estado e a União.

São prestados serviços de praxe na área da saúde, inclusive pequenas cirurgias, com plantão 24 horas no Posto do Centro. Os casos mais graves são encaminhados aos hospitais mais próximos (Imbituba, Tubarão e Florianópolis). A cidade conta também com o Programa de Saúde Familiar.

Transporte Coletivo

Conta-se com duas empresas de transporte coletivo. A Expresso Garopaba, que realiza o percurso do extremo sul da cidade até o Centro, e a empresa Transportes Vieira, que realiza o transporte do extremo norte da cidade até o centro.

A Empresa Paulotur efetua o transporte intermunicipal de Garopaba e cobre parte do município de Imbituba, Paulo Lopes, Palhoça, São José e Florianópolis. Contamos ainda com o transporte interestadual oferecido pela Empresa Santo Anjo da Guarda, que atende a maior parte da demanda turística. A empresa Pluma realiza o transporte de turistas do Mercosul x Garopaba e vice-versa.

Segurança

A cidade garante a segurança de seus moradores através de uma Unidade Avançada Judiciária, uma delegacia de Polícia Civil e um batalhão da Polícia Militar. São efetuados os serviços de ronda, investigações e outros serviços rotineiros. A cidade conta com reforço policial na época de temporada de acordo com as necessidades (Operação Veraneio).

Vigilância Sanitária

O município mantém convênios com a Secretaria Estadual de Saúde e dispõe de uma equipe que atua na fiscalização de estabelecimentos que oferecem risco a saúde pública.

Coleta de Lixo

A Administração Pública Municipal é responsável pela cobrança e efetivação do serviço. São efetuados coletas de lixo três vezes por semana em todos os locais da cidade, e em alguns locais com maior frequência. Na temporada são efetuadas coletas diárias.

Iluminação Pública

O município mantém parceria com a empresa CELESC - Centrais Elétricas de Santa Catarina, que efetua a cobrança e executa os serviços de manutenção da rede elétrica e instalação de luminárias. Se há necessidade de instalação ou manutenção de uma luminária, o contribuinte deverá procurar a Prefeitura e solicitar o serviço.

Emissão de Documentos

O município dispõe de diversos órgãos para emissão de documentos. Na Prefeitura, encontra-se a Junta Militar onde podem ser feitos a Cédula de Identidade e o Alistamento Militar. O SINE é responsável pela emissão de Carteiras de Trabalho e a agência dos Correios é o local onde poderá ser emitido o CPF.

O campo de atuação, posto de Saúde Campo D'Una, para atender a demanda conta apenas com o auxílio de 01 equipe de PSF trabalhando em conjunto com os funcionários do posto, supervisionados pelo Secretário da Saúde de Garopaba e pela enfermeira do posto central da mesma. Esta equipe é composta por 01 enfermeiro, 01 médico, 01 odontólogo, 01 auxiliar de enfermagem e 04 agentes comunitários. Sua estrutura atende consultas odontológicas 04 vezes por semana, consultas com clínico geral 03 vezes por semana, consultas de enfermagem 02 vezes, pequenas cirurgias de emergência, procedimentos de enfermagem, reuniões com grupos de convivência, vacinação, sala de observação.

5.2. Sujeitos da prática

Os sujeitos deste trabalho foram adultos e idosos em condições crônicas de saúde, especialmente os que apresentavam Hipertensão Arterial Sistêmica e Diabetes Mellitus, por se tratarem de doenças com número maior de registro na Unidade Sanitária de Campo D'Una. A maioria destes sofriam com um quadro depressivo associado. Em função disso, apesar da Depressão ter sido uma temática inicialmente proposta, não trabalhamos esse tema em separado. O quadro caracteriza a incidência dos registros:

Quadro 2 – Dados do SIAB – Campo D'Una (jan-mar 2004).

DIABÉTICOS	JANEIRO	FEVEREIRO	MARÇO
Cadastrados	42	45	35
Acompanhados	37	45	32
Pessoas de 20 anos e mais	1.925	1.925	1.925
% DM acompanhados	88,10	100,00	91,43
% Prevalência de DM de 20 anos e mais	2,18	2,34	1,82

HIPERTENSOS	JANEIRO	FEVEREIRO	MARÇO
Cadastrados	260	221	191
Acompanhados	228	217	183
Pessoas de 20 anos e mais	1.925	1.925	1.925
% HAS acompanhados	87,69	98,19	95,81
% Prevalência de HAS de 20 anos e mais	13,51	11,48	9,92

	JANEIRO	FEVEREIRO	MARÇO
TOTAL de famílias acompanhadas	856	862	857
Nº de visitas realizadas	613	756	736

Assistiu-se a ambos os sexos e a seus familiares em suas respectivas residências, bem como nas atividades de grupo e de uma maneira menos sistematizada na própria unidade, através de cuidados básicos como realização de procedimentos.

Fizeram parte da prática 38 indivíduos, numa faixa etária compreendida entre 35 e 70 anos, sendo a maioria casados, de religião católica e renda econômica dependente da aposentadoria.

5.3. Planejamento das Ações

O objetivo geral será atingido através dos objetivos específicos. Sendo assim, detalhar-se-á as ações que pretende-se realizar em cada um dos objetivos específicos.

Objetivo I - Aprofundar os conhecimentos teóricos e práticos sobre o viver em uma condição crônica de saúde e a influência da cultura e do ambiente sobre a pessoa e sua família.

Estratégias

- ✓ Identificar continuamente, de forma sistemática, as experiências vivenciadas pelos profissionais e usuários, durante as atividades grupais, consultas de enfermagem e visitas domiciliares, respeitando as suas singularidades.
- ✓ Buscar aprofundamento teórico através de revisão de literatura, bem como troca de informações entre profissionais e portadores de cronicidade.
- ✓ Participar de eventos relacionados ao assunto, visando a atualização de conhecimentos nessa área.

Avaliação: Atingir-se-á o objetivo proposto ao revelarmos capacidade de argumentação junto a profissionais e usuários, em situações cotidianas emergentes durante a prática assistencial, confirmando-se através da confecção do próprio relatório, folders e materiais informativos à comunidade.

Objetivo II - Identificar a percepção da qualidade de vida dos indivíduos/família em condição crônica de saúde.

Estratégias

- ✓ Desenvolver e aplicar um instrumento que permita uma aproximação sobre a compreensão de que as pessoas integrantes de nossa prática tenham acerca do conceito de qualidade de vida, levando em consideração os aspectos sócio-econômico, culturais e ambientais.

- ✓ Observar e analisar as falas e o comportamento das pessoas em condição crônica de saúde durante nossa prática assistencial, relacionadas ao conceito de qualidade de vida dos mesmos.

Avaliação: A partir da análise e interpretação dos dados levantados e coletados e da elaboração de um artigo (versão preliminar).

Objetivo III - Desenvolver o cuidado de Enfermagem através de consultas de Enfermagem e/ou visitas domiciliares.

Estratégias

- ✓ Conhecer instrumentos e protocolos existentes na unidade a fim de adequá-los ou elaborá-los, quando necessário, para melhor aplicação, sempre em parceria com a equipe.
- ✓ Sensibilizar a equipe quanto a importância da manutenção dos possíveis instrumentos elaborados/utilizados.
- ✓ Realizar procedimentos de enfermagem necessários que ocorram durante a prática assistencial.

Avaliação: através da utilização dos recursos criados e manifestação verbal de profissionais e usuários sobre a contribuição dos mesmos.

Objetivo IV - Desenvolver educação para a saúde com grupos a partir de uma relação dialógica e participativa, considerando os aspectos sociais-econômicos-culturais e ambientais.

Estratégias

- ✓ Conhecer os serviços executados na unidade, sobretudo a existência de programas de educação para a saúde.
- ✓ Apresentar e discutir com a equipe de enfermagem da unidade, as propostas de atividades educativas a serem desenvolvidas com os usuários.
- ✓ Levantar assuntos de interesse do grupo, condizentes às necessidades identificadas por nós e pelos profissionais de saúde da unidade.

- ✓ Utilizar recursos lúdicos e didáticos que favoreçam o processo educativo, promovendo a participação e o aprendizado.
- ✓ Realizar uma avaliação ao término das atividades em grupo, utilizando-se de diferentes técnicas apropriadas ao grupo em questão.
- ✓ Enfocar o cuidado sob a ótica transcultural, considerando a influência do contexto sobre a condição de saúde dos indivíduos.

Avaliação: A concretização deste objetivo far-se-á através da coleta de depoimentos e retorno não-verbal dos participantes, bem como na expectativa de um despertar para mudança de hábitos, através de estratégias de acompanhamento (visitas domiciliares inesperadas, conversas informais e observação de situações cotidianas, considerando a residência da equipe na comunidade).

Objetivo V - Participar das atividades administrativas da Unidade Sanitária, como modo de inserção no campo e no inter-relacionamento com a equipe.

Estratégia

- ✓ Participar/colaborar com o levantamento da estrutura político-organizacional da instituição.
- ✓ Observar e discutir a relação entre os profissionais e definição de seus devidos papéis.
- ✓ Identificar a posição do trabalho da enfermagem na unidade de saúde, conhecendo o processo de trabalho com um todo.
- ✓ Identificar como e onde nosso projeto assistencial se insere ao trabalho da enfermagem na instituição.
- ✓ Discutir, com as orientadoras e supervisora, as propostas baseadas nas necessidades apresentadas pela instituição que possam contribuir para um melhor desenvolvimento da mesma.

Avaliação: Alcançar-se-á este objetivo quando, ao final do estágio, dominar-se o conhecimento administrativo da unidade de saúde; bem como a partir da aplicação e reconhecimento de nosso trabalho pelos profissionais e usuários, caracterizando, de fato, nossa inclusão no processo de trabalho.

Objetivo VI - Refletir a adequabilidade do referencial teórico à prática desenvolvida.

Estratégias

- ✓ Analisar os dados e observações realizadas durante a prática assistencial visando perceber se realmente a condição de saúde dos indivíduos é afetada pelo meio ambiente e contexto cultural.
- ✓ Analisar a utilização e aplicação dos conceitos à prática desenvolvida.

Avaliação: A reflexão decorre da análise da prática desenvolvida, a partir de seus resultados.

5.4. Operacionalização do processo de Enfermagem

Leopardi (1999) esclarece que o trabalho de enfermagem, segundo Leininger, que é o próprio processo de enfermagem, sustenta-se pela idéia de que as pessoas têm uma cultura, lidam com a saúde de acordo com a mesma e que a enfermagem tem de compreender esta cultura para balançar com o seu conhecimento científico, e não impor o seu pensar/fazer às pessoas. Esta idéia está claramente explicitada nos pressupostos que embasam a Teoria da Diversidade e Universalidade Cultural do Cuidado de Leininger.

Tais pressupostos permitem entender que o cuidado ao ser humano deve circunscrever-se no respeito à sua cultura. Isso conduz ao pensamento de que o processo de enfermagem é um método de assistência que se adaptou à operacionalização desta prática assistencial, pois ao facilitar a nossa interação com as pessoas em condição crônica de saúde e seus familiares possibilitou identificar as prioridades de cuidado culturalmente significativas para eles. Estas prioridades, ao serem balanceadas com visão profissional, viabilizaram, na prática, a consolidação da proposta pensada. Estudos como os de Monticelli (1997), Almeida (2000), entre outros, evidenciaram que o processo de enfermagem inclui quatro passos metodológicos. Quais sejam: levantamento de dados, diagnóstico de enfermagem, plano/implementação do cuidado de enfermagem e avaliação do cuidado de enfermagem.

Levantamento de dados

Este momento foi o marco no estabelecimento de uma relação empática, participativa e dialógica que abriu espaço para a interação afetiva e efetiva com as pessoas em condição crônica de saúde e seus respectivos familiares. Realizaram-se 03 encontros, permitindo, gradativamente, explorar e compreender os valores, as crenças, a visão de mundo de ambos, conhecer o contexto que vivenciam e as necessidades de cuidado cultural.

Este passo inicial foi a fase em que, a partir dos dados coletados com os ACS e enfermeira, do SIAB, nas poucas informações contidas em seu prontuário de família, no diálogo com as pessoas em condição crônica de saúde e seus familiares e na observação de seus comportamentos e suas práticas de vida, identificamos os elementos que possibilitariam a obtenção de um conhecimento mais amplo do ser humano e suas respectivas necessidades, alvo de nossos cuidados.

Foi a partir desta fase que se tornou possível a identificação de prioridades de cuidado de enfermagem culturalmente coerentes.

Alguns dados foram, inicialmente, coletados na unidade sanitária, antes do primeiro encontro com a pessoa em condição crônica de saúde e seus respectivos familiares, complementados no decorrer da prática de cuidado no domicílio. Urge salientar que o levantamento de dados deu-se em todos os encontros com as pessoas em condição crônica de saúde e familiares, viabilizando-se através da interação. O processo interativo foi o instrumento que proporcionou o conhecimento das crenças, dos valores, das práticas culturais e o significado das mesmas, condição indispensável à prestação de um cuidado cultural coerente.

Diagnóstico de Enfermagem

Segundo Monticelli (1997), o diagnóstico de enfermagem indica os inúmeros caminhos a serem trilhados a fim de chegar à obtenção do cuidado compartilhado culturalmente coerente. Esta fase, confunde-se com as demais, haja vista que as ações de enfermagem não devem prescindir da interpretação dos elementos que as direcionarão.

Nessa prática, o diagnóstico de enfermagem configurou-se no momento em que os dados identificados na etapa anterior, depois de analisados e avaliados, apontaram os rumos das ações a serem desenvolvidas. Ali, a reflexão tornou-se fundamental e deu-se a partir de um processo de co-participação em que as acadêmicas, a pessoa em condição crônica de saúde e seus

familiares, de forma conjunta, planejaram e decidiram as ações a serem preservadas, acomodadas ou repadronizadas.

Plano/Implementação do Cuidado

O plano de ação era organizado de acordo com as necessidades e expectativas de cuidado explicitadas pela pessoa em condição crônica de saúde, por seus familiares ou por nós identificados, através das conversas informais e das observações. Após a identificação, eram estimulados à reflexão para opinarem sobre as ações de cuidado, decididas com a participação de todos. Seguindo-se, ocorria a implementação das ações de cuidado a partir dos modos de ação preconizados por Leininger: preservação, acomodação e repadronização do cuidado cultural.

Avaliação do Cuidado de Enfermagem

A avaliação foi constante no processo de cuidado à pessoa em condição crônica de saúde, concomitantemente ao levantamento, diagnóstico, plano e implementação dos cuidados.

Inspiradas em Monticelli (1997), implementou-se essa fase imprimindo-lhe como característica a apreciação conjunta (acadêmicas, pessoa em condição crônica de saúde e familiares) das ações desenvolvidas durante o processo de cuidado. Isto permitia verificar se houve ou não congruência cultural nos modos de ação previamente determinados. Para Monticelli (1997), caso haja congruência cultural, a evolução dessas ações (preservação, acomodação, repadronização) será considerada positiva. Do contrário, haverá necessidade de novas reflexões, questionamentos e, quiçá um replanejamento dos modos de ação.

5.5. Aspectos Éticos

Esta prática assistencial foi pautada no respeito às pessoas com o intuito de promover a qualidade de vida, propiciando um viver mais saudável.

Considerando que o objetivo III contempla conhecer a percepção da qualidade de vida dos indivíduos/família em condição crônica de saúde, constituindo um processo de investigação, respeitou-se os aspectos éticos na pesquisa. Neste sentido, a inclusão dos sujeitos

como participantes da pesquisa obedeceu as Resoluções Nº 196/96 e 251/97 do CNS/MS, especialmente no que diz respeito ao Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

O estudo foi aprovado pela Secretaria Municipal de Saúde de Garopaba/SC (Anexo VI).

Utilizou-se linguagem clara e objetiva, favorecendo a compreensão por parte dos sujeitos da pesquisa. A autorização foi obtida através do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice I) que foi identificado, assinado e datado.

O convite foi feito aos usuários pertencentes à área de abrangência da Unidade Sanitária Campo D'Una em suas respectivas residências durante a Visita Domiliciar; esclarecendo que se tratava de uma pesquisa sobre Qualidade de vida. Este levantamento é concernente aos objetivos propostos pela Prática Assistencial a ser desenvolvida.

Foi garantida a liberdade de participar ou não e de desistir a qualquer momento. Também foi assegurado o sigilo e o anonimato dos sujeitos do estudo, cuja identificação ocorreu por nomes fictícios, determinando-se nomes de praias da região sul catarinense para caracterizá-los.

VII. LEVANTAMENTO ORÇAMENTÁRIO: CUSTOS

Rubrica/discriminação	Unidade	Quantidade	Vr Unit. R\$	Valor Total R\$
1 CUSTEIO:				
1.2. Serviços de Terceiros				
Pessoal				
1.1.1 Aluguel de casa para estadia das alunas	Alug/mês	02	250,00	500,00
1.1.2 Taxas Água/Luz	Taxa/mês	02	50,00	100,00
1.1.3 Serviço de Telefonia Móvel - 7 ligações/por aluna	Ligações	21	2,00	42,00
1.1.4 Transporte – Passagem Florianópolis/Garopaba/ Florianópolis 1/semana (8 semanas) para 3 alunas	Passagens	24	20,00	480,00
1.1.5 Transporte – Passagem Florianópolis /Garopaba/ Florianópolis para a Enfermeira Supervisora	Passagens	02	20,00	40,00
1.1.6 Transporte para Professoras Orientadoras- combustível para 4 viagens de Florianópolis /Garopaba/Florianópolis de 200 Km	Litro Gasolina	80	2,15	172,00
1.1.7 Transporte para Aluna do Estágio de Docência - Co-orientadora - combustível para 10 viagens de Florianópolis /Garopaba/Florianópolis de 200 Km	Litro Gasolina	143	2,15	307,45
1.1.8 Lanche para participantes das reuniões ou eventos	Lanches	120	0,50	60,00
Soma				1.701,45
1.2 Material de Consumo				
1.2.1 Material de expediente				
1.2.1.1 Papel A4	Pacote	01	12,50	12,50
1.2.1.2 Xerox	Cópias	300	0,10	30,00
1.2.1.3 Papel Kraft	Folha	50	0,14	7,00
1.2.1.4 Papel Cartão	Folha.	10	0,70	7,00
1.2.1.5 Pincel Atômico (Vermelho, Verde. Preto e Azul)	Pincel	4	1,00	4,00
1.2.1.6 Canetas Coloridas	Conjunto	1	9,00	9,00
1.2.1.7 lâminas de retroprojctor	Lâminas	10	1,00	10,00
1.2.1.8 fita adesiva	Fita	2	3,5	7,00
1.2.1.9 Lápis, grafite de lapiseira caneta e borracha	Vr/médio	1	5,00	5,00
Soma				91,50
TOTAL				1.792,95

A execução do presente trabalho foi financiada pela equipe acadêmica executora da proposta.

VIII. RELATO DA PRÁTICA ASSISTENCIAL

O relato desta prática assistencial será apresentado a partir dos objetivos propostos, considerando que as estratégias traçadas para o alcance dos objetivos estão interligadas.

Objetivo I – Aprofundar os conhecimentos teórico e prático sobre o viver em uma condição crônica de saúde e a influência da cultura e do ambiente sobre a pessoa e sua família.

Durante a prática assistencial procuramos estar atentas às situações que suscitavam dúvidas, tanto relacionadas a aspectos da prática quanto aqueles que remetiam ao conhecimento teórico.

De modo especial, a equipe aproximou-se das ACS, percebendo o importante trabalho que realizavam, reconhecendo o papel fundamental destes no processo de produção das informações, porquanto são os interlocutores entre as famílias e a equipe. Assim, registrar corretamente os seus dados com a maior fidedignidade possível é a contribuição do agente no processo de "diagnóstico de necessidades" de saúde de uma população.

Considerando que o agente é morador da comunidade onde trabalha, suas informações realizam-se em contextos previamente determinados; outrossim, a produção da informação processa-se em contextos de relações contínuas, em um processo dinâmico de recontextualização da realidade das famílias. Fica então relativizada a existência de uma objetividade absoluta na captação dos dados; há, no entanto, uma subjetividade, uma história subjacente à informação, quantitativa ou qualitativa, com a qual a equipe trabalha.

Tal fato é extremamente importante no trabalho do PSF, pois a subjetividade do agente possibilita que se colem dados/informações que, circunstancialmente, os instrumentos

tradicionais não permitiriam. Ou seja, a estrutura do PSF concede à equipe identificar quais são as famílias a serem atendidas, quais os principais problemas que acometem a população, quais os determinantes sociais que geram tais problemas e como a população percebe e enfrenta os problemas referidos.

O dado, após coletado, deve ser selecionado, processado, analisado e transformado em informação pela equipe de PSF, cuja informação torna-se o produto das relações entre os vários atores envolvidos (médicos, enfermeiros, auxiliares de enfermagem, agentes comunitários, famílias, etc.), entendido e contextualizado historicamente; ou seja, é um produto social.

O relatório do SIAB (Anexo VII) do primeiro trimestre de 2004, o qual tivemos acesso, permitiu a análise das famílias cadastradas, situação de saúde e acompanhamento, embasando as atividades e procedimentos realizados pela equipe do PSF. Essas informações possibilitaram evidenciar a natureza das ações de saúde oferecidas, concebidas como ferramentas de transformação da realidade de saúde de uma dada região e não apenas como um "diagnóstico", no sentido de conhecimento da vida dessas famílias.

Neste contexto, com o auxílio das ACS, foi possível identificar os portadores de doenças crônicas e as necessidades de cuidado apresentadas por eles, possibilitando o desenvolvimento das atividades coletivamente planejadas.

Na medida em que nos inseríamos na comunidade e conhecíamos seus hábitos diários, crenças e culturas, tivemos que buscar novos saberes, principalmente no que concerne ao conhecimento sobre fitoterápicos.

Trabalhar o conhecimento prévio de cada sujeito envolvido nesse processo foi uma tarefa árdua. Lidar com valores, crenças e culturas diferentes exigiu-nos muita sensibilidade e perspicácia, pois cada sujeito possui sua singularidade e requer, inexoravelmente, um cuidado individualizado no contexto em que se insere. Em função disso foi necessário adaptar nossa linguagem técnica à população em questão, tornando acessíveis os temas em discussão.

Revisamos os assuntos referentes às principais cronicidades que acometem os sujeitos de nosso estudo com o auxílio de livros, sites da Internet, folders, artigos, revistas, TCC, dissertações e teses. Realizamos aprofundamento teórico, inclusive no assunto referente à Fitoterapia, cujo tema foi abordado no Grupo de Integração, estendendo-se à prática assistencial.

Produzimos 02 folders: Orientações Básicas sobre DM (Apêndice 2) e Orientações Básicas sobre HAS (Apêndice 3), oferecendo aos indivíduos um mínimo de informações sobre

suas doenças. Os folders foram elaborados a partir das deficiências de cuidado e principais dúvidas que surgiram no decorrer desse convívio com as pessoas em condição crônica, presentes nos grupos e nas VD realizadas. O material editado em linguagem clara e simples permitiu uma interação eficiente e resolutiva no cuidado culturalmente coerente.

Durante o período da prática assistencial, tivemos a oportunidade de participar do I Ciclo de Gestão em Enfermagem e Saúde, promovido pelo Departamento de Enfermagem da UFSC, nos dias 27 e 28 de maio de 2004, realizado nos Auditórios do Hospital Universitário e Centro de Ciências da Saúde, em Florianópolis/SC, o qual apresentou as seguintes temáticas: gestão de serviços de Enfermagem e saúde, a importância da gestão para o Sistema Único de Saúde, qualidade em serviços de Enfermagem e saúde, a gestão da secretaria municipal de saúde, a gestão de serviços de Enfermagem em hospitais – Experiências e idéias inovadoras e a importância do planejamento para a gestão de serviços na área da saúde. O mesmo contribuiu para atualizar nossos conhecimentos referentes a administração em Enfermagem, possibilitando uma melhor compreensão da prática vivenciada. Sua programação e declaração constam no Anexo VIII.

Organizamos, juntamente com as orientadoras e supervisora, o I Ciclo de Palestra sobre PSF e Ética Profissional, em comemoração à Semana da Enfermagem, realizado no dia 21/05, no Salão Paroquial de Campo D'Una. Os palestrantes foram o Prof^o Dr Antonio de Miranda Wosny, Prof^a Dra Vânia Marli Schubert Backes, Enf^a Dda Zídia Rocha Magalhães e Enf^a Milena de Castro. O evento recebeu o apoio da Secretaria Municipal de Saúde de Garopaba/SC e contou com a participação especial das ACS e funcionários da Unidade Sanitária Campo D'Una. A programação do evento, bem como seus objetivos e justificativa constam no Apêndice 4. Uma segunda reunião foi agendada pelos próprios participantes para o dia 02/07, com o objetivo de dar continuidade às discussões, almejando um debater sobre temas de interesse da comunidade.

Estruturamos 02 resumos que serão apresentados na forma de pôster no III Fórum Mundial de Educação intitulados: “ Vivências em Grupo: a construção coletiva do saber” e “Educar: mais que um ato, um respeito a cultura”, que compõem o Apêndice 5. O evento realizar-se-á em Porto Alegre-RS, de 28 a 31 de julho, sendo que no dia 30 de julho será a apresentação dos pôsteres. O aceite dos resumos pode ser visualizado via internet no site:

www.forummundialdeeducacao.com.br.

O alcance deste objetivo constituiu-se num importante meio para o desenvolvimento de nossa prática assistencial, já que o mesmo atendeu as necessidades de ampliação do conhecimento, tanto das pessoas em condição crônica de saúde e seus respectivos familiares, quanto dos profissionais.

Objetivo II - Identificar a percepção da qualidade de vida dos indivíduos/família e grupos em condição crônica de saúde.

Este objetivo, diferentemente dos demais, será apresentado sob a forma de um artigo em sua versão preliminar, que após revisado e complementado será enviado à publicação.

Ressaltamos, que o mesmo, não abordou a percepção da qualidade de vida para grupos, por constatar-se que o tempo despendido nas visitas domiciliar favoreceria uma melhor compreensão e percepção da qualidade de vida dos moradores da comunidade.

QUALIDADE DE VIDA NA PERSPECTIVA DE INDÍDUOS E FAMÍLIAS EM CONDIÇÃO CRÔNICA DE SAÚDE DE UMA COMUNIDADE DO SUL CATARINENSE

Carla Cavaler Garcia

Mariana Pereira Martendal

Thaise Alana Goronzi

Denise Maria Guerreiro Vieira da Silva

Vânia Marli Schubert Backes

RESUMO

Trata-se de uma pesquisa convergente assistencial desenvolvida com 09 indivíduos, com o objetivo de conhecer a percepção da qualidade de vida dos indivíduos/família em condição crônica de saúde. Os dados foram coletados a partir de uma entrevista orientada por um guia contendo questões relacionadas ao viver com doença crônica e mais especificamente sobre percepção de Qualidade de Vida, durante a 1ª visita domiciliar, com a gravação de conversas informais e descontraídas em fita cassete. A análise dos dados identificou o que é qualidade de vida para os integrantes do estudo e como sua doença crônica interfere na mesma. Nesta perspectiva, revelam questões que vão desde o viver bem, a ter que aceitar conviver com uma condição crônica de saúde.

Palavras Chave: qualidade de vida, doença crônica.

INTRODUÇÃO

As condições crônicas são dispendiosas para os indivíduos, família e sociedade. O principal foco da enfermagem, à medida que percorremos o século XX, deve ser sobre a prevenção das condições crônicas, ou seja, significa promover estilos de vida saudáveis (SMELTZER & BARE, 2002).

A definição de condição crônica de saúde é apresentada pela National Commission on Chronic Illness de 1956, como: “todos os obstáculos ou desvios do normal, os quais tem uma ou

mais das seguintes características: são permanentes, deixam incapacidade residual, são causadas por alteração patológica irreversível, requerem um longo período de supervisão, observação e cuidado” (TRENTINI; SILVA, 1992, p. 78).

Viver com uma condição crônica de saúde pode representar uma contínua ameaça tanto para a própria pessoa quanto para as que estão próximo a ela, pois esta condição afeta sua vida como um todo, alterando consideravelmente seu cotidiano (SILVA, 2001).

Conjugar uma doença crônica com qualidade de vida tem sido um desafio compartilhado entre alguns profissionais de saúde e pessoas que vivenciam a doença crônica e seus familiares (TRENTINI et al, 1990; TRENTINI, SILVA, PACHECO, 2003). Acredita-se ser possível ter qualidade de vida e hábitos saudáveis, mesmo não sendo possível mudar o curso da doença. Porém, é necessário manter uma relação agradável consigo e com o contexto sócio-cultural em que se está inserido.

Considera-se que a conquista de uma vida com qualidade possa ser construída e consolidada através de um processo que inclua reflexões sobre o que pode ser definitivo para a mesma, determinando metas a serem alcançadas, a partir do desejo de viver bem. A qualidade de vida é uma dimensão complexa para ser definida e sua conceituação, ponderação e valorização vem sofrendo uma evolução, por certo acompanhada da dinâmica da humanidade, suas diferentes culturas, suas prioridades e crenças. Para Romano apud Lentz et al (2000), qualidade de vida é mais que simplesmente ausência ou presença de saúde, abrangendo também educação, saneamento básico, acesso aos serviços de saúde, satisfação e condições de trabalho, além de outros aspectos.

A qualidade de vida de um indivíduo pode ser influenciada pela percepção que ele tenha de seu estado de saúde, ou seja, o indivíduo com uma determinada doença crônica pode ter condições de desenvolver, de forma normal, suas atividades diárias como o trabalho. No entanto, isso dependerá do quanto ele acredita em si e na sua capacidade para o desenvolvimento do mesmo. Dessa forma, a satisfação que o indivíduo possui de sua vida está intimamente relacionada ao seu sistema de valores e crenças.

Todavia, considera-se importante compreender como as pessoas em condição crônica de saúde percebem a qualidade de vida, pois é através do conhecimento e da compreensão que estas têm sobre sua doença e seus hábitos diários que poderão refletir e tornar-se capazes de definir estratégias para o alcance das metas estabelecidas.

OBJETIVO

Conhecer a percepção da qualidade de vida dos indivíduos/família em condição crônica de saúde e como essa condição interfere na mesma.

METODOLOGIA

Tipo de estudo

Trata-se de uma pesquisa convergente assistencial, que é uma modalidade de pesquisa desenvolvida concomitantemente à prática assistencial. Esse tipo de pesquisa tem a intencionalidade de encontrar soluções para problemas, realizar e introduzir inovações na situação social. A pesquisa convergente assistencial inclui um gesto de cuidar, porém não se consubstancia como ato de cuidar; não se propõe a generalizações; segue normas de rigor científico; envolve os sujeitos pesquisados ativamente no processo de pesquisa; e reconhece os dados da prática como dados de pesquisa (TRENTINI e PAIM, 1999).

Local da pesquisa

Foi desenvolvido na área de abrangência da unidade sanitária Campo D'Una, pertencente ao município de Garopaba/SC. Tal área comporta 875 famílias, distribuídas em suas 4 microáreas, sendo que 221 pessoas estão cadastradas no SIAB com HAS e 45 com DM.

Sujeitos da prática

Integraram o estudo 09 pessoas em condição crônica de saúde e seus familiares. Os sujeitos, foram selecionados atendendo aos seguintes critérios: ter mais de 18 anos, estar cadastrado no SIAB/PSF/Campo D'Una, ser bom informante, ter mais de 2 anos de diagnóstico de doença crônica e aceitar participar do estudo.

Coleta de dados

Os dados foram coletados a partir de uma entrevista orientada por um guia contendo questões relacionadas ao viver com doença crônica e mais especificamente sobre percepção de Qualidade de Vida. Esta coleta de dados foi realizada concomitantemente com nossa prática

assistencial, durante as VD, sendo que os dados foram obtidos na primeira visita domiciliar, do total de três visitas realizadas. Os mesmos, foram obtidos pela gravação de fitas cassetes em conversas informais e descontraídas.

Análise dos dados

Os dados foram analisados a partir da transcrição das fitas gravadas, e seguiram os seguintes passos: - codificação dos dados com a identificação dos trechos que abordavam a questão da qualidade de vida; - formação das categorias, elaboradas a partir da identificação do conjunto de expressões que representavam qualidade de vida para as pessoas que integraram o estudo; - interpretação dos dados, realizada a partir da associação das informações contidas nas categorias e discutidas a partir do conceito de qualidade de vida.

Considerações éticas

A inclusão dos sujeitos da pesquisa obedeceu a Resolução nº 196/96 do Conselho Nacional de Saúde do Ministério da Saúde, que dispõe sobre Diretrizes e Normas regulamentares da pesquisa envolvendo seres humanos. O projeto foi aprovado pela Secretaria Municipal de Saúde de Garopaba/SC. Com relação a autorização dos sujeitos da pesquisa, a mesma foi obtida através do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Foi garantido a todos a liberdade de participar ou não e de desistir a qualquer momento, sem qualquer prejuízo na assistência que vinham recebendo na Instituição. Também foram assegurados o sigilo e o anonimato utilizando nomes fictícios para os sujeitos.

RESULTADOS E DISCUSSÕES

A análise dos dados permitiu uma compreensão do que é qualidade de vida para os integrantes do estudo e como sua doença crônica interfere na mesma.

Com relação à compreensão do significado de qualidade de vida identificou-se uma categoria denominada de **viver bem**.

Para os sujeitos do estudo, viver bem é ter paz, rezar, não faltar as coisas, ficar feliz, não ficar triste, passear bastante, dançar, caminhar, participar do grupo de idosos. Inclui também ter saúde, manter boas relações e ter trabalho.

Viver bem significa, portanto, uma satisfação com seu viver que inclui elementos internos à ele próprio e a outros externos, tanto materiais como de relações.

Os elementos internos estão associados ao eu de cada um, as atividades que lhe proporcionam satisfação espiritual, e aos seus sentimentos. Os mesmos podem ser evidenciados nas falas a seguir:

“Toda noite eu rezo. Peço a deus pra me ajudar, ajudar a minha família, viajar e não acontecer nada de ruim com nós, sempre com saúde”. (Praia do Rosa)

“O negócio é a família ta em paz e os vizinhos também, não penso só por mim, penso pelos outros também. Eu rezo pelo mundo inteiro”. (Praia da Gamboa)

Podemos perceber os elementos externos nas seguintes falas:

“É, pra nós esses grupos de idosos foi uma saúde. Não foi só pra mim não! [...] Eu rezo, eu alimento os outros, eu faço tudo, eu digo bobças”. (Praia da Gamboa)

“Me dou bem com meus vizinhos, com a minha família. Meus vizinhos são todos família pra mim. Porque quando a gente precisa, né!?” (Praia do Ouvidor)

“Se eu tivesse me aposentado com 60 anos era um salarinho. E agora eu tô ganhando 3 salários”. (Praia do Rosa)

Vê-se então, que os elementos externos oferecem uma predisposição para ter uma vida saudável e de qualidade, sem, no entanto, ser o fator determinante. Considera-se assim, que a qualidade de vida é definida pelo indivíduo como uma experiência interna de satisfação e bem-estar com o seu processo de viver. Mesmo tendo todas as condições externas favoráveis, as pessoas podem considerar que não tem qualidade de vida, contudo, sem algumas dessas condições externas torna-se bastante difícil que essa pessoa tenha qualidade de vida (STUIFBERGEN, ROGERS, 1997; EDELMAN, MANDLE, 1994).

A compreensão de **como a doença crônica interfere em sua qualidade de vida** implica ter o entendimento do significado da própria doença.

Os integrantes do estudo tem uma visão negativa da doença crônica, no sentido de que a mesma muda seu estilo de vida, especialmente a alimentação e requer ajustes que envolvem seu cotidiano.

Com relação a alimentação passam a ser privados de comer certos alimentos que lhes proporcionam prazer. O alimento é uma forma de criar e manifestar os relacionamentos entre pessoas. Participar de festas, reuniões, especialmente aquelas que comemoram eventos especiais, é a maneira mais difundida, em nossa sociedade, de encontros entre familiares e amigos. Nesses encontros o bolo e os doces têm lugar assegurado na mesa. Não poder compartilhar esses momentos, que podem ser considerados como rituais, é motivo de “sofrimento” para alguns (SILVA, 2001), como observa-se na fala a seguir:

“Eu gostava muito de coisa doce, que era de doce tava na minha mesa, tava em primeiro lugar... e hoje eu sinto muita falta. Doçura era tudo na minha vida, tudo que era doce, mas não tinha, não escapava... Sabe... se eu comer um doce eu não fico só naquele pedacinho não, eu vou comer mais, aí... não dá de começar, eu sou gulosa mesmo”. (Praia do Ouvidor)

Fica evidente que a doença lhes impõem a perda do prazer da ingestão de um alimento que lhes é desejado, e também a quebra na participação de um evento/ritual, onde o alimento tem valor simbólico (HELMAN apud SILVA, 2001). A fala a seguir, caracteriza explicitamente essa situação:

“...Por isso que muitas vezes a gente tem que controlar a comida, mesmo se der vontade quando ver os outros comerem [...] a gente não pode sair da dieta, né? Só que as vezes a gente sai...(risos)... mas daí a gente que se prejudica, o ruim é isso”. (Praia Vermelha)

Os conflitos surgem na vida de uma pessoa quando há violação de importantes valores sociais, ou quando existe demanda de novos papéis que requerem mudanças em papéis anteriores, ou, ainda, quando há sobrecarga dos recursos para enfrentar a situação (LAZARUS & FOLKMAN apud SILVA, 2001).

Ter que tomar medicação também é considerado uma sobrecarga, tanto pelo custo quanto pela interferência a outras atividades sociais, como a ingestão de álcool. Algumas falas caracterizam essa insatisfação quanto ao uso de medicamentos:

“É... o que atrapalha mesmo é que a gente tem que ficar tomando remédio...” (Praia Vermelha)

“Se eu quiser comer eu como, se eu quiser tomar o remédio eu tomo. Tem semana que eu relaxo. Quando eu bebo eu não tomo remédio... se eu tomo domingo (bebida alcoólica), segunda eu não tomo remédio. [...] Tem um lá no posto que toma 7 comprimidos por dia, tá mais ruim que eu”. (Praia da Preguiça)

Percebe-se que para algumas dessas pessoas o tratamento da doença, relacionado ao uso contínuo do medicamento, torna-se difícil de ser seguido, justamente por interferir em várias das suas atividades cotidianas e sociais.

Ainda outro aspecto relacionado ao uso de medicamentos é a desconfiança de dosagens, geralmente considerando-as excessivas, que podem ser evidenciadas na fala a seguir:

“Tá, e essa hora certa como é? Tem que tomar sempre na mesma hora isso? Mas tem que tomar três??? (referindo-se ao medicamento prescrito para pressão alta)”. (Praia do Silveira)

Mostrar a essas pessoas que a melhora em sua qualidade de vida está intimamente relacionada ao uso correto dos medicamentos foi uma tarefa árdua. Contudo, é possível dizer que as pessoas perpassam um processo para a aceitação e/ou incorporação desse tratamento ao longo de suas vidas.

Proporcionou-se, às pessoas, uma aproximação e melhor compreensão quanto ao uso de seu medicamento, para que percebessem como o mesmo funciona no organismo, seu tempo de ação, porquanto as dosagens variam de pessoa para pessoa, objetivando, assim, o despertar para a importância da utilização correta do mesmo, a qual refletirá em sua qualidade de vida.

Outro fator, destacado pelos sujeitos, que interferem na qualidade de vida foram as limitações ocasionadas pela sintomatologia de suas doenças.

Segundo Wenger et al (1984), a qualidade de vida pode ser alterada pela severidade dos sinais e sintomas da doença crônica e por intercorrências clínicas ou complicações paralelas.

Não poder realizar normalmente suas atividades diárias geram, nos sujeitos, medo e insegurança. Os sintomas associados as doenças crônicas são, com frequência imprevisíveis, sendo alguns percebidos como evento de crise pelos pacientes e respectivas famílias, que devem

ser ajustados à incertezas da doença crônica e às alterações geradas em suas vidas (SMELTZER & BARE, 2002). Podemos observar isso, na fala que segue:

“Eu tenho medo de sair sozinha. Nunca tive tanto medo, depois de um dia que eu caí, faz um ano... desmaiei e acordei depois de três dias no hospital. [...] a minha vida é assim, não consigo mais sair, porque aquilo me deu medo”. (Praia do Ouvidor)

O medo é um sentimento de impotência, um ver-se ameaçado por um mal iminente que é mais poderoso que ele próprio (STORK, 1996).

Nessa perspectiva, compreende-se que as pessoas percebem suas vidas ameaçadas pelas manifestações da doença, como no caso de desmaios por hipoglicemia e/ou tonturas por elevação da pressão arterial.

As limitações impostas às suas atividades, em virtude da doença, são manifestadas pelos sujeitos como perda de prazer. Estas, por sua vez, estão relacionadas ao fato de muitos não poderem mais desempenhar atividades prazerosas quais sejam dançar, passear e até mesmo caminhar. Algumas falas exemplificam isso:

“Eu gostava de fazer meus passeios, fazia pic-nic, aí fazia uma excursão. Agora já tenho medo de sair, antes ia sozinha com uma turma, fazia folia”. (Praia do Ouvidor)

Viver com a doença crônica também inclui o **processo de aceitação**, o qual é construído através do enfrentamento diário do conviver com uma condição crônica de saúde.

O estado emocional do indivíduo está intimamente relacionado com a sua qualidade de vida. O indivíduo pode mostrar mudanças no seu modo de ser, que geralmente são provocados por algum acontecimento impactante. Quando acontece algo inesperado, como por exemplo, uma doença crônica, o indivíduo pode demonstrar sentimentos de raiva, culpa, medo, depressão, abandono, preocupação com o futuro, sentimentos de perda de controle e instabilidade.

Para Lacroix e Assal (2000) a aceitação é o enfrentamento de sentimentos como: negação, revolta, tristeza, resignação e pseudoaceitação. Os mesmos consideram fundamental a terapêutica educacional, pois a aceitação do viver uma doença é um longo processo de maturação, através do qual, as pessoas devem ultrapassá-los. Podemos evidenciar tal enfrentamento no depoimento a seguir:

“A gente tem que aceitar, né! Tem que viver... Tendo ou não tendo, a gente quer viver, né !?...e.... a gente tem que aceitar, fazer o que!? A vida é essa!” (Praia Vermelha)

Na fala de Praia Vermelha, vê-se claro a percepção da realidade e tomada de consciência. Porém, percebe-se nuances de revolta, decorridas da modificação forçada de seus hábitos. As pessoas sentem-se interiormente ameaçadas e isso dificulta o viver de forma harmônica com a doença crônica.

Percebe-se, portanto, que o processo de aceitação da doença é um aspecto que interfere na qualidade de vida dos sujeitos. Todavia, nem sempre conseguem admitir e reconhecer, quanto menos tolerar ou suportar conviver com uma mudança crônica (FERREIRA, 1998).

Com frequência, apenas quando as complicações se desenvolvem ou quando os sintomas graves interferem com o desempenho das atividades diárias é que os portadores de doença crônica se consideram “doentes” (NIJHOF apud SMELTZER & BARE, 2002)

Neste sentido, a aceitação, é vista como um processo, que quando é superado, permite que as pessoas tenham uma vida normal, o que vai poder contribuir para uma avaliação de maior satisfação com sua qualidade de vida.

A educação em saúde é um fator que pode contribuir para a melhoria da qualidade de vida dessas pessoas, ou seja, a pessoa estando preparada para desenvolver seu cuidado e sendo motivada a fazê-lo, sua condição de vida poderá melhorar, pois terá condições de escolher entre as alternativas que sejam favoráveis a uma vida mais saudável (FRANCIONE, 2002).

Mesmo com a doença trazendo sentimentos negativos, limitações, privações de coisas que proporcionam prazer como alimentação e momentos de recreação, essas pessoas ainda manifestam desejos de dias melhores, onde possam ajudar e ver sua família com saúde, trabalho e educação. Sendo seu principal objetivo, conviver bem com seu estado crônico de saúde e ter qualidade de vida.

Ressaltamos, que pelo fato de o estudo tratar-se de uma pesquisa convergente assistencial, os dados sobre qualidade de vida foram trabalhados durante as visitas domiciliares, o que permitiu auxiliar as pessoas a viver bem com sua doença e encontrar novas perspectivas para o conviver com sua doença, refletindo, conseqüentemente, na melhora da qualidade de vida.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A realização do presente estudo possibilitou uma especial aproximação com a problemática do viver com uma condição crônica de saúde. Isso nos permitiu ir além do próprio acometimento biológico da doença, porquanto a mesma, inexoravelmente interfere no estilo de vida das pessoas em condição crônica de saúde, bem como de seus familiares e grupo social.

Trabalhar com doente crônico comporta uma gama de desafios para o profissional enfermeiro. As pessoas que convivem com uma doença crônica freqüentemente agem ou respondem de maneira diferente da esperada pelos profissionais de saúde. A percepção de qualidade de vida é, com freqüência, a força que direciona e fundamenta o comportamento do paciente, e aquilo que é considerado qualidade de vida é determinado individualmente por cada um. Embora possa ser difícil aos enfermeiros e a outros profissionais de saúde esperar que os indivíduos tomem decisões imprudentes relativas à saúde, devem aceitar o fato de que os indivíduos têm o direito de fazer suas próprias escolhas sobre o estilo de vida e cuidados de saúde (SMELTZER & BARE, 2002).

Portanto, constatou-se que a percepção de qualidade de vida para os sujeitos do estudo expressa-se em seus elementos internos e externos, caracterizado, principalmente, por sentimentos e comportamentos decorrentes de alterações dos seus hábitos de vida. E, como profissionais envolvidos na assistência à saúde, ao avaliar qualidade de vida, precisa-se ter a consciência de que a doença crônica abrange experiências complexas e individualizadas.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

EDELMAN, C. L., MANDLE, C. L. **Health promotions**: throughout the lifespan. 3 ed. St. Louis: Mosby, 1994.

FERREIRA, A. **Dicionário Aurélio da língua portuguesa**. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1998.

FRANCIONE, F. **Grupo de Convivência**: uma alternativa para o processo de aceitação do viver com diabetes mellitus, Florianópolis: UFSC, 2002, 129p. Dissertação (Mestrado em Assistência de Enfermagem) PEN/UFSC.

LACROIX, A., ASSAL, J. **Therapeutic education of patients**. Paris, Éditions Vigot, 2000.

LENTZ, R. A. et al. O profissional de enfermagem e a qualidade de vida: uma abordagem fundamentada nas dimensões propostas por Flanagan. **Rev. Latino-americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 8, n. 4, p. 7-14, agosto 2000.

SILVA, D. M^a. G. V. **Narrativas do viver com diabetes mellitus: experiências pessoais e culturais**. Florianópolis: UFSC, 2001.

SMELTZER, S.C, BARE, B.G. **Tratado de Enfermagem Médico-Cirúrgica**. 9.ed. v.1-2. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002.

STORK, R. Y. **Fundamento de antropologia: um ideal de la experiencai humana**. 2 ed. Navarra: Line Grafic, 1996.

STUIFBERGEN, A. K., ROGERS, S. Helath promotion: an essential component of rehabilitation for persons with chronic disabling conditions. **Adv. Nurs. Sci**, v. 19, n. 4, p. 1-20,1997.

TRENTINI, M., PAIM, L. **Pesquisa em Enfermagem: uma modalidade convergente assistencial**. Florianópolis: UFSC, 1999.

TRENTINI, M., SILVA, D.M.G.V. da. Condição Crônica de Saúde e o processo de ser saudável. **Revista Texto & Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v.1, n.2, p.76-88, jun/dez. 1992.

TRENTINI, M., SILVA, D.M.G.V., PACHECO, M. A. B. Núcleo de convivência em condições crônicas de saúde – NUCRON/UFSC. In: TRENTINI, M., PAIM, L. **Pesquisa e assistência: experiências com grupos de estudo na enfermagem**. Curitiba: Champagnat, 2003.

WENGER, N. K. et al. **Assesment of quality of life in clinical trials of cardiovascular therapies**. New York: Le Jacq, 1984.

Objetivo III - Desenvolver o cuidado de Enfermagem através de consultas de Enfermagem e/ou visitas domiciliares.

O desenvolvimento desta prática assistencial sustentou-se no conhecimento das pessoas em condição crônica de saúde da área onde o trabalho se desenvolveu. Em nossa adaptação ao campo de estágio precisamos nos aprofundar sobre as informações existentes na unidade sanitária, tais como: prontuários, protocolos, registros... Porém, a realidade por nós encontrada era diferente da qual estávamos acostumadas. Os prontuários da família continham apenas registros de consulta médica, as quais não contribuíam com o nosso propósito: identificar os portadores de cronicidade, listando-os para posterior contato, através de visita domiciliar. A ausência de um histórico de enfermagem e de registros mudou nossos planos e passamos a identificar e selecionar o público através de visitas com as ACS.

As 04 micro-áreas de abrangência da U. S. Campo D'Una, perfazem um total de 875 famílias. O número de pessoas cadastradas no SIAB com HAS é de 221 e com DM de 45, sendo que aproximadamente 80 % da população acima dos 40 anos, faz uso de algum medicamento anti-depressivo, segundo informação apresentada pela enfermeira. Nas primeiras semanas agendamos em separado, as visitas domiciliares, com as 04 ACS. As realidades vivenciadas em cada uma das micro-áreas nos levaram-nos a perceber que dentro de uma mesma comunidade, os hábitos de vida, as culturas, podem ser diferentes e, por conseguinte, foi preciso trabalhar essas particularidades.

Realizamos, em média, 12 visitas com cada ACS, perfazendo um total de aproximadamente 48 visitas domiciliares. Urge salientar que, nestas visitas iniciais, nos apresentamos à cada família, estabelecendo o primeiro contato com o meio em que se inserem. As visitas domiciliares, em sua maioria, eram realizadas pelas ACS e auxiliar de enfermagem com uma duração média de 10-15 minutos. A priori, fomos meras expectadoras, pois observávamos a forma como conduziam todo processo. Eram aferidas a PA e questionado como a pessoa estava se sentindo naquele momento. Algumas orientações foram dadas quando necessárias, bem como fizemos intervenções quando a situação assim o exigia.

A partir do acompanhamento dessas visitas domiciliares, selecionamos 09 pessoas e suas respectivas famílias para realizarmos nossas próprias visitas, onde aplicamos, sistematicamente, nossa proposta orientada pelo Referencial Teórico. Também incluíamos a

coleta de dados do estudo sobre qualidade de vida, aplicando o Instrumento guia de Qualidade de Vida e do Histórico de Enfermagem segundo a Teoria Transcultural de Leininger. Agendamos previamente a VD com cada uma das famílias, respeitando suas atividades diárias e dando prioridade às pessoas com doenças crônicas.

Com isso, elaboramos um instrumento que contemplou em suas interfaces, os principais elementos que retratavam a cultura e sua influência na situação saúde-doença das pessoas. Baseadas em Leininger, desenvolvemos um roteiro de Histórico de Enfermagem (Apêndice 6), o qual nos permitiu conhecer os hábitos de vida, a cultura, crenças e valores das pessoas em condição crônica de saúde. O mesmo mostrou-se eficaz ao propósito, permitindo-nos elaborar conjuntamente, com o indivíduo e seus familiares, um plano de cuidado baseado em suas reais necessidades.

O critério para a seleção das pessoas em condição crônica de saúde e seus familiares, baseava-se especialmente na carência de conhecimento sobre a patologia.

Realizamos 03 visitas domiciliares a cada uma dessas pessoas em condição crônica de saúde e seus respectivos familiares, nas quais, estabelecemos conjuntamente, qual seria o melhor plano de cuidado a ser desenvolvido. Nestas, também foram respondidas algumas indagações referentes a fisiopatologia de sua doença.

Buscamos trabalhar com o conhecimento prévio das pessoas, construindo, a cada encontro, entendimentos de como a doença se manifestava em seu organismo, porquê isso lhe havia acontecido e o que estes poderiam fazer para conviver bem com ela. Favorecendo o trabalho de forma dinâmica e participativa, utilizamos ilustrações dos sistemas orgânicos para melhor esclarecimento e exemplificação. Produzimos também folders educativos sobre HAS e DM, que foram distribuídos às pessoas durante o encontro, conforme relatado no Objetivo I.

Realizamos alguns procedimentos de enfermagem, como curativo, injeções, verificação de sinais vitais, em especial PA, testes de HGT, entre outros. Os mesmos foram desenvolvidos em variados contextos, sendo que os curativos restringiram-se à unidade sanitária. As demais atividades, além de desenvolvidas na unidade, foram realizadas também no domicílio das pessoas em condição crônica de saúde e seus respectivos familiares, com o intuito de atender as suas necessidades.

Consideramos, entretanto, que as orientações de educação para a saúde foram as ações que melhor caracterizaram a prática da enfermagem, tornando-se a mais importante,

porquanto acredita-se que “a educação em saúde não se limita a discussão em torno da doença como fenômeno físico-biológico; ela se preocupa em criar espaço para reflexão sobre condicionamentos sociais, políticos, ambientais da saúde e da doença, buscando oferecer condições não só para a aprendizagem de maneiras de prevenção e tratamento, mas também para percepção de possibilidades para transformação da situação das pessoas e do mundo. A educação em saúde tem como sujeito o ser-humano” (MADUREIRA, 1994, p. 157).

Foi grande a receptividade da comunidade e das pessoas com as quais interagimos. Notamos, outrossim, que as pessoas revelavam certa carência, não só de conhecimento sobre seu estado de cronicidade, mas que viam em nós um possível apoio para o amenizar de seus problemas.

Ao mesmo tempo em que trabalhamos com pessoas receptivas, que abriram a porta de suas casas, permitindo-se relacionar num processo de construção participativa e dialógica, detectamos que nem todos estavam preocupados em rever seus hábitos de vida ou de que forma poderiam viver melhor, próprio de sua cultura.

Muitos deles, já sofreram em algum momento de sua vida AVC ou IAM, sendo que alguns convivem com seqüelas que acabaram por restringir atividades diárias prazerosas como caminhar, dançar, entre outras. Porém, adaptar-se a um novo modo de vida exige muito mais de quem tem uma doença crônica, do que do próprio profissional de saúde. Urge destacar, que não há remessa de culpa ao indivíduo em condição crônica, mas se o mesmo não puder perceber que é possível viver e conviver bem com essas doenças, de nada adianta o profissional querer impor mudanças à seu modo de viver.

Em uma das visitas, percebemos o quão forte são os **hábitos alimentares**. Deixar de comer alimentos com sal, para muitas pessoas com HAS, revelou-se em uma prática árdua e às vezes impossível. Pessoas como, Praia da Preguiça, vítima de um AVC e com restrição de movimentos nas pernas, em virtude de seqüelas de AVC, afirmou: “*Só vamos parar de comer sal, quando tirarem o saleiro da nossa mesa*”. A partir deste momento, passamos a oferecer outras razões para que pudesse, sob a ótica cultural, repensar seu estilo de vida, possibilitando adaptar-se às novas exigências que a condição crônica de saúde lhe trouxe, sem deixar, todavia, suas práticas cotidianas.

Outras questões que merecem destaque são as referentes ao **uso de medicamentos e práticas de exercícios físicos e lazer**.

Notamos que 03 das 09 pessoas em condição crônica de saúde não usavam corretamente os medicamentos prescritos pelo médico, o que provavelmente se constitui em um dos elementos que caracterizam o não controle das doenças. Utilizando uma linguagem simples, procuramos despertar, junto a estas pessoas, o interesse pelo uso correto de seus medicamentos, enfatizando a importância do controle de suas doenças. Fez-se uso, então, de formas simples e objetivas para explicar o pico de ação dos medicamentos e a diferença de dosagens para cada indivíduo.

Em nossa 1ª visita à Praia do Silveira, descobrimos junto a seus familiares que o mesmo não tomava corretamente seus medicamentos, e que ao invés de ingerir três comprimidos, por dia, de Captopril 25mg, fazia uso de apenas um. Identificamos que a HAS não estava controlada, e propomo-nos a lembrá-lo de tomar a medicação nos horários estabelecidos, visto que o mesmo apresentava relevante deficiência de assimilação decorrente de seqüela do AVC. Passávamos diariamente, em sua casa, nos horários em que o mesmo deveria tomar o medicamento, para lembrá-lo e assim, obter aos poucos, a mudança de comportamento. Além disso, a família também foi mobilizada a participar de todo processo, sendo delegado ao filho mais velho, a tarefa de que quando retornasse da escola, questionasse o pai se já havia tomado o remédio. Foi preciso, neste caso, repadronizar o seu hábito quanto ao uso da medicação, para que o mesmo pudesse, a partir do uso correto da medicação, tornar-se mais saudável, considerando que a consequência de tal ato seria o controle e regulação da PA.

No que concerne a **prática de exercício físico**, a grande maioria dos indivíduos realizavam caminhadas regulares, confirmando que estão conscientes quanto ao benefício à sua saúde. Entretanto, em vários momentos, ainda foi preciso reforçar a importância dessa prática, lembrando-os de que cada indivíduo possui um ritmo e que este deve ser respeitado.

Muitos indivíduos deixaram de realizar atividades em decorrência de seu estado crônico de saúde. Referiram que antes de apresentarem uma doença crônica, passeavam, dançavam, participavam de grupos existentes na comunidade (como de mães, idosos). O lazer ficou, dessa forma, restrito, porquanto as complicações trazidas pela doença de base limitaram o desenvolvimento de atividades prazerosas.

Fomos instigadas a retomar o grupo de caminhadas, mas em virtude da chuva e do pouco tempo de permanência que nos restava na comunidade, preferimos levar a proposta aos profissionais de saúde da unidade sanitária, reiterando que a comunidade manifestara

considerável interesse e que esta seria uma oportunidade para valorizar e demonstrar o verdadeiro papel do profissional de enfermagem.

As visitas que realizamos permitiram desenvolver, de forma participativa e dialógica, práticas educativas e cuidados pertinentes às necessidades de cada pessoa. A educação para a saúde, quando estimulada individualmente, possibilita à pessoa em condição crônica de saúde conhecer mais sobre sua situação saúde-doença, implementar as ações para o seu cuidado, conduzindo-o, desta forma, a um viver com melhor qualidade de vida. Considerado que, na unidade sanitária, não havia consulta de enfermagem às pessoas em condição crônica de saúde, procedemos a realização de VD, consultando os sujeitos envolvidos na prática assistencial.

Entendemos que a consulta de enfermagem objetiva a assistência do indivíduo, família e comunidade, a partir do conhecimento e análise de suas necessidades, fornecendo orientações, capazes de contribuir para o tratamento e restabelecimento de maneira formal e institucionalizada. É uma atividade não delegável, realizada somente pelo enfermeiro, com finalidade de promover, manter e recuperar a saúde mediante o diagnóstico e intervenção precoces. No entanto, em nossa vivência, constatamos, como já referido anteriormente, que na Unidade Sanitária Campo D'Una não se realiza consulta de enfermagem. A enfermeira desenvolve atividades de breve entrevista e coleta de material para o exame preventivo de câncer de colo de útero. Efetiva função da enfermeira são as visitas domiciliares de enfermagem, não havendo registros que permitam a continuidade do cuidado por outros profissionais de saúde, o que julgamos, neste caso, impreterivelmente necessário para desenvolver uma prática assistencial adequada e possibilitar promoção da melhoria na qualidade de vida de seus usuários.

O enfermeiro que atua em Unidade Sanitária deve fazer uso deste instrumento de trabalho, pois, através deste, pode-se mostrar a eficácia e a efetividade da assistência de enfermagem. É necessário desmistificar junto à comunidade de que só o médico faz consulta e de que nem sempre a solução de seus problemas está na medicação. Levantar uma boa história do sujeito, fazer uma anamnese e um diagnóstico preciso, são essenciais para que um enfermeiro desenvolva um bom plano de ação, o qual, seja realmente eficaz e adequado a necessidade do indivíduo.

Em nossa prática, buscamos continuamente mostrar quão importante é a realização de uma consulta de enfermagem e seu registro. Porém, percebemos que, a priori, é preciso trabalhar a cultura da população, proporcionar-lhes novas formas de olhar e pensar a saúde, para

consequentemente, desenvolver com os profissionais a criticidade e valorização do seu trabalho. Sentimos algumas resistências, carecendo um redimensionamento da ação de enfermagem para avançar na realização da consulta de enfermagem na própria unidade. Reconhecemos que este não é um trabalho isolado da enfermeira local, porquanto envolve as políticas de saúde do município.

Sabe-se que tudo que é imposto não é bem aceito, por isso, voltamos o nosso propósito de trabalho para a construção coletiva, com bases numa interação participativa e dialógica.

Observamos que apenas os registros efetuados nos formulários para o SIAB, são preenchidos pelo agente comunitário por ocasião de sua visita mensal às famílias (onde são registrados os membros que vivenciam condições de gestação, hipertensão arterial, diabetes, tuberculose e hanseníase), e que há uma importante ausência de registros das atividades realizadas pelo pessoal, sejam profissionais ou agentes comunitários. Este fato nos levou a elaborar um instrumento para o registro das Visitas Domiciliares (Apêndice 7), considerando ser este o foco da maior parte dos atendimentos em saúde na comunidade. Neste instrumento registrar-se-ia a data da visita, o número do registro (da família e individual), a situação saúde-doença encontrada, os encaminhamentos efetuados, bem como o nome do visitador e sua respectiva categoria profissional.

Não tivemos oportunidade de implementar e avaliar a eficácia deste instrumento. Porém, o mesmo foi apresentado aos funcionários da unidade e oferecido como proposta a ser desenvolvida e adaptada, segundo as necessidades encontradas.

A aplicação do processo de enfermagem na integralidade das etapas previstas no projeto ocorreu junto às pessoas em condição crônica de saúde e seus familiares no transcorrer das três visitas domiciliares realizadas a cada um dos 09 selecionados. Ressaltamos que a aplicação do referencial do cuidado transcultural norteou o desenvolver de todo processo.

No quadro a seguir procuramos caracterizar os sujeitos que fizeram parte da prática assistencial.

Quadro 3 – Caracterização dos sujeitos que integraram nossa prática assistencial na Unidade Sanitária Campo D’Una – Garopaba/SC, no período de 31 de março a 04 de junho de 2004.

Nome fictício	Sexo	Idade (anos)	Estado civil	Religião	Profissão	Escolaridade	Diagnóstico	Hábitos de vida	Uso de fitoterápicos
Praia da Ferrugem	F	49	Casada	Católica	Dona-de-casa	4ª série	HAS Colesterol	Não faz caminhada, as vezes come frituras, pirão.	Chá de folhas de chuchu, capim cidreira.
Praia do Ouvidor	F	55	Casada	Católica	Costureira	1º grau completo	DM/HAS Cardiopata Depressiva	Não faz caminhada, não segue uma dieta balanceada.	Não usa, referiu fazer mal.
Praia do Rosa	F	65	Viúva	Católica	Aposentada	4ª série	HAS	Alimenta-se 4 vezes ao dia, raramente usa frituras. Caminha 3 vezes por semana.	Chá das folhas de chuchu, cidreira, hortelã.
Praia da Gamboa	F	67	Casada	Católica	Aposentada	1ª série	HAS Depressiva	Segue uma dieta alimentar. Faz uso primeiro de remédios naturais. Participa do grupo de idosos.	As vezes faz chá de hortelã, cidreira.
Praia Vermelha	F	43	Casada	Católica	Merendeira	4ª série, faz supletivo	HAS/DM Cardiopata	Tem dificuldade em seguir uma dieta. Participa do grupo de mães.	Chá das folhas de insulina e cana-do-brejo.
Praia do Silveira	M	59	Separado	Católica	Comerciante	1º grau completo	HAS	Segue uma dieta alimentar, faz caminhadas regulares.	As vezes faz chá de hortelã, camomila, para acalmar.
Praia da Preguiça	M	67	Casado	Católica	Lavrador aposentado	4ª série	HAS	Não segue uma dieta alimentar. Tem dificuldades para caminhar	As vezes faz uso de chá de chuchu
Praia do Siriú	M	65	Casado	Católica	Pescador aposentado	5ª série	HAS/DM Cardiopata	Segue uma dieta alimentar. Anda de bicicleta.	Chá de insulina, folhas de chuchu, cidreira.
Praia de Garopaba	M	65	Casado	Católico	Aposentado	2º grau completo	HAS Cardiopata	Segue uma dieta alimentar. Faz caminhada. Participa de atividades comunitárias.	Chá das folhas de chuchu, capim cidreira, hortelã.

Para maior compreensão, relataremos, a seguir, um dos processos de enfermagem efetuado com pessoas em condição crônica de saúde e seus respectivos familiares, durante as visitas domiciliares.

A partir da narrativa do processo interativo estabelecido com a pessoa em condição crônica de saúde e seus familiares, apresentamos a reflexão da experiência vivida, bem como a avaliação do cuidado construído e implementado em conjunto.

Pretendemos relatar as situações vivenciadas durante os encontros, dando destaque às expectativas e necessidades de cuidado da pessoa em condição crônica de saúde, seus valores, crenças e práticas de cuidado cultural.

Esta prática, subsidiada pela Teoria Transcultural de Leininger, foi um desafio. Não obstante, reconhecemos que o marco de referência se revelou fundamental à implementação de ações de cuidado, para atender singularidades individuais e culturais das pessoas.

O cuidado humano retrata uma gama de nuances culturais. Sob esse entendimento, investimos no resgate e na valorização dos significados culturais de cuidado, quando da aplicação do processo de enfermagem à Praia da Ferrugem e seus familiares. Estimuladas por esta expectativa, no decorrer do atendimento, ao mesmo tempo em que redobrávamos a atenção às suas verbalizações, atitudes e atos, também respondíamos às solicitações, expressando, através da linguagem verbal e não verbal, especial atenção e respeito às suas crenças, valores e visão de mundo. Em nosso primeiro contato houve o conhecimento recíproco e apresentação da proposta de trabalho (objetivo e propósito). Conhecemos Praia da Ferrugem, que tem hipertensão há aproximadamente 06 anos, numa das atividades de grupo que desenvolvemos na unidade sanitária, quando, numa conversa informal, identificamos deficiência no conhecimento de sua doença.

Processo de Enfermagem

Praia da Ferrugem, 49 anos, casada, católica, mãe de um menino de 11 anos, possui marido cardiopata. É dona-de-casa, estudou até a 4ª série do primário. Atualmente ela, o filho e o marido residem na casa dos cunhados, que além de hipertensos, também são cardiopatas.

No **primeiro encontro**, a mesma mostrou-se receptiva, um pouco abatida e preocupada. No decorrer da conversa, descobrimos qual a causa de tanta preocupação: Praia da

Ferrugem relatou que suas coisas (móveis e objetos de uso pessoal), estavam na antiga casa, em Blumenau, que permaneciam pagando aluguel, e, que por mais bem tratados que fossem na casa dos cunhados, nada se comparava ao seu próprio “cantinho”. Percebemos que nos momentos em que manifestava intensa preocupação, sua PA aumentava, acarretando-na rubor de face, agitação e tonteira. Disse-nos então:

“Quando minha pressão alteia, sinto calor da cintura pra cima”

No **segundo encontro**, sentimos uma verdadeira interação com a participante do estudo.

Convidada a falar um pouco sobre sua vida, Praia da Ferrugem informou que além de pressão alta, apresenta altos colesterol. E que, muitas vezes, é difícil seguir uma dieta.

“O médico já disse que preciso fechar a boca. Como demais”.

“As vezes faço um peixinho frito, um pirãozinho”.

Contou-nos, ainda, que dificilmente faz caminhada, ao contrário dos cunhados, que realizam caminhadas regulares, mesmo sabendo que seria importante à sua saúde. Não gosta muito de passear, e desde que está morando em Garopaba, há 5 meses, não participou de nenhuma reunião do grupo de hipertensos, porquanto devia-se ao fato de nunca ter sido convidada.

Praia da Ferrugem demonstrou-se interessada em conhecer um pouco mais sobre sua doença, alegando que nunca lhe haviam questionado sobre o que sabia e, ainda, se gostaria de compreender o funcionamento da mesma em seu organismo.

A partir desse momento, levantamos os pontos que precisariam ser trabalhados em conjunto com Praia da Ferrugem e seus familiares nos próximos encontros, quais eram: *questões alimentares* (envolvendo preparo e ingestão), *prática de atividades físicas* e *conhecimento sobre a fisiopatologia de sua doença e mecanismos de controle*.

Nesta fase de diagnóstico, questionamos Praia da Ferrugem sobre o que esta, com auxílio de seus familiares e das acadêmicas, poderia estar fazendo para ter uma vida mais saudável. O silêncio dominou o ambiente da casa por alguns instantes, mas logo veio, encabuladamente, a resposta:

“Fechar a boca, não comer mais gordurinhas...”

“As vezes eu faço um chazinho pra mim e pros meus cunhados de folha de chuchu ou capim cidreira. Isso ajuda a baixar a pressão”.

“Tomo meus remédios como o medico mandou. É melhor prá gente”.

A declaração da mesma evidencia a sua preocupação em cumprir as recomendações médicas e, ao mesmo tempo, um hábito cultural do povo brasileiro de utilizar plantas medicinais como tratamento alternativo e complementar de doenças.

Sabedoras da importância da utilização de fitoterápicos, elogiamos Praia da Ferrugem pela iniciativa em fazer uso e ofertar os chás aos cunhados, com o intuito de controlar a pressão. Aproveitamos a oportunidade parabenizando-a por seguir as instruções médicas na administração dos medicamentos e, por conseguinte, sugerimos que ela procurasse, então, comer mais os alimentos sob a forma cozida, crua ou assada, o que diminuiria consideravelmente a ingestão de alimentos mais gordurosos.

Minutos após, ficou combinado que eles continuariam a usar a medicação e os chás. Agindo assim, acreditamos que foi preservado o cuidado cultural, como parte do desenvolvimento da própria ética do cuidado em enfermagem.

Como a alimentação e o tipo de dieta são itens a serem considerados em qualquer situação saúde-doença e como o problema da Praia da Ferrugem era colesterol alto e HAS, solicitamos que a mesma nos falasse sobre o preparado do almoço.

“Fiz feijão, arroz, peixinho na brasa, com quase nada de sal, esse eu cuido. E uma saladinha, que é bom, né?”.

Novamente parabenizando-a, reiteramos que além destes serem alimentos de fácil ingestão, são alimentos a base de carboidratos, proteínas, lipídeos e vitaminas, que suprem as necessidades calóricas e energéticas. Porém, questionamos o porquê da mesma não efetuar um plano alimentar sempre nesta linha, sem gorduras e frituras, o que preservaria o cuidado cultural explicitado em sua fala.

Incentivamos Praia da Ferrugem a realizar com regularidade suas caminhadas e que a mesma poderia fazê-la com sua cunhada, se o empecilho fosse andar sozinha, remetendo-nos à acomodação do cuidado. Recomendamos que ambas buscassem, desta forma, um horário agradável e locais onde pudessem andar e que lhes proporcionassem satisfação.

Na sequência distribuímos alguns folders, elaborados por nós, contendo orientações sobre HAS e DM. Perguntamos quais eram as suas dúvidas a cerca de sua doença e o que já sabia sobre a mesma. Respondeu-nos:

“Não sei nada! Mas gostaria de saber pra entender melhor o que acontece comigo”.

Percebemos que neste caso era preciso repadronizar o cuidado cultural, pois não havia conhecimento sobre a doença ou mecanismos de controle. Buscamos de forma simples e objetiva, com ilustrações, mostrar o funcionamento da HAS no organismo; como esta acometia os vasos; quais os fatores que predis põem seu aparecimento; e, depois de instalada, o que se poderia ser feito para conviver com ela da melhor maneira possível.

Praia da Ferrugem mostrou-se interessada em assimilar as novas informações, dizendo que tudo isso estava sendo muito bom para ela, e que nos estávamos ajudando-a a compreender e sanar dúvidas antigas.

Sáímos da visita satisfeitas e ansiosas para o próximo encontro, pois desejávamos saber o que Praia da Ferrugem falaria da implementação do cuidado construído em conjunto.

Passou-se uma semana, e lá estávamos, novamente, para o **terceiro encontro**. Praia da Ferrugem nos recepcionou, como sempre, de forma acolhedora, convidando-nos a entrar e fazendo-nos sentir a vontade.

Praia da Ferrugem, alegremente, começou a relatar as novidades. Contou-nos que depois de nossas explicações sobre como sua doença funcionava, tudo havia ficado mais fácil.

“Estou fazendo minha caminhadinha todo dia 40 minutos. Vamos eu e minha cunhada. Estou me sentindo bem melhor”.

Confirma-se que o profissional de saúde tem um papel fundamental dentro deste processo, porquanto inúmeras vezes o que falta aos portadores de doença crônica e seus familiares, é um estímulo.

“Sabe que continuar cozinhando assim é bem melhor... Estou fechando a boca como o médico disse... sei que é melhor pra mim”.

“Quero agradecer pelas coisas boas que vocês me ajudaram a entender... Agora acredito que posso vive melhor com minha doença”.

Diante destas mudanças de hábitos, nos remetemos ao conceito de ser humano como um indivíduo que percebe, pensa, decide, aprende, elabora significados e apresenta necessidades

de cuidado que devem ser satisfeitas, em harmonia com suas crenças e valores. Ao receber cuidado de enfermagem no domicílio, ela e sua família interagem com as acadêmicas. O fruto desta interação expressa-se no compartilhamento, preservação, acomodação e repadronização de crenças e valores que resultam no aprendizado de novos significados que serão posteriormente traduzidos em ações e comportamentos.

Esta nova atitude da Praia da Ferrugem demonstra que a mesma entendeu e aderiu as ações de cuidado profissional; o que nos remete ao conceito de educação como prática transformadora, pois o processo educacional apenas poderá ser efetivo quando o educador propõe-se a auto-reformular seus próprios conceitos e valores.

Objetivo IV – Desenvolver educação para saúde com o indivíduo/família/grupo a partir de uma relação dialógica e participativa, considerando os aspectos sócio-econômicos-culturais e ambientais.

Tínhamos como proposta inicial trabalhar com um único grupo de usuários visando o acompanhamento de um número restrito de participantes, para uma maior aproximação de sua cultura e desenvolvimento das práticas educativas. Entretanto, essas atividades coletivas de grupo foram propostas por micro-área, como forma de incluir o maior número de indivíduos no processo educativo. Desta forma, dividimos as mesmas em três grandes grupos: - grupo de Integração; - grupo na U.S. Campo D’Una; - grupo de Encerramento.

Grupo de Integração

Foram realizados 03 grupos de integração, visando uma aproximação com as pessoas em condição crônica de saúde. Buscamos, junto à supervisora e as ACS, estabelecer o assunto a ser desenvolvido no grupo, visto que estas possuíam maior conhecimento das necessidades da comunidade e em virtude de não termos tido a oportunidade de interagir com a mesma, até o presente momento. A partir daí, sugeriu-se a abordagem da temática fitoterapia, pois, segundo as mesmas, tratava-se de uma prática comumente desenvolvida pela comunidade, o que nos proporcionaria uma certa “abertura”, possibilitando maior inserção nesse contexto.

Os grupos realizaram-se em 03 locais distintos, sendo o primeiro realizado no salão paroquial da igreja do Campo D’Una (micro-área 1 e 4) dia 13/04, com a participação de

aproximadamente 50 pessoas. O segundo grupo, realizado na Associação Girassol (micro-área 3) dia 14/04, contou, em média, com 40 pessoas e, o último, desenvolvido na Associação da Grama (micro-área 2) dia 15/04, contou com a presença de 30 pessoas. O planejamento dos mesmos ocorreu previamente, conforme Apêndice 8.

Abordamos o uso de algumas plantas, frutas e verduras indicadas ao controle do Diabetes, Hipertensão Arterial e Depressão, bem como o preparo, ressaltando a importância de utilizar a quantidade adequada para evitar intoxicação. Destacamos, outrossim, a importância de utilizar esse recurso como forma complementar do tratamento, sendo indispensável o uso do medicamento prescrito.

Inicialmente o grupo mostrou-se cauteloso, revelado em olhares desconfiados, considerando que nossa presença, mesmo com a melhor das intenções, constituía uma invasão a esta comunidade. No decorrer de nossas atividades, sentimos uma maior aceitação e participação dos integrantes. Promovemos um ambiente no qual as pessoas ficaram livres e a vontade para trocar informações e receitas de utilização das plantas, frutas e verduras para complementar seu tratamento. Este envolvimento dos integrantes possibilitou o despertar para a prática do cuidado realizada coletivamente, fundamentada num processo interativo de diálogo, na troca de idéias, centrada na reflexão dos saberes, o que impõem os universos culturais do profissional e do participante. Citamos algumas falas que ilustram as atividades em grupo:

“Eu uso a folha do chuchu, me faz muito bem”. (Praia da Barra)

“Tem o alecrim que também é bom, né?!”. (Praia do Rosa)

O primeiro grupo realizado no salão paroquial Campo D’Una apresentou uma particularidade. Ao iniciarmos a apresentação das plantas, mais especificamente do alho, um dos participantes manifestou-se negativamente ao uso do mesmo com a seguinte frase:

“Alho não presta, minha mulher usava para a pressão e morreu”.

(Praia do Pontal)

A manifestação do participante, a priori, gerou grande impacto em todos. Após a mesma, expomos, juntamente com a supervisora, que cada pessoa é única e, sendo assim, cada organismo reage de uma forma diferente. Isso serviu para percebermos que as informações por nós apresentadas à comunidade poderiam repercutir de maneira diferente a cada indivíduo. Sendo

assim, consideramos importante a reflexão sobre a situação vigente, bem como a busca de ações alternativas que servissem de resposta às necessidades individuais. Situações como esta, permitiram uma maior discussão e maior entendimento do processo saúde-doença estimulando a busca por um conhecimento pertinente e não equivocado.

No final dos grupos solicitamos que os presentes definissem em uma palavra o que acharam da atividade. As respostas obtidas foram muito positivas, as quais permitiram uma noção quanto a nossa aceitação. Destacamos as mesmas nas falas a seguir:

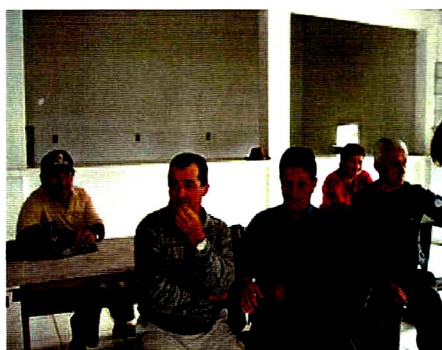
“ Foi muito bom pra lembrar ”. (Praia do Rosa)

“ Achei bem importante, é bom a gente saber mais dessas coisas ”.
(Praia da Pinheira)

“ Aprendi muito ”. (Praia do Sonho)

Após o término das atividades algumas pessoas nos procuraram para perguntar sobre as demais alternativas fitoterápicas relacionadas a seus problemas, transmitindo algumas receitas de que fazem uso. Isso nos causou grande satisfação, pois, a partir disso, percebemos a confiança que aos poucos a comunidade depositava em nós, bem como o crescente desejo de realizar trabalho em grupos, respeitando a individualidade e a cultura dos mesmos.

A proposta de educação dialógica e problematizadora pode proporcionar um partilhamento do conhecimento vivenciado entre os diversos atores do processo educativo em saúde, através de uma linguagem facilitadora da compreensão de sua realidade. Nesta concepção, o saber do educador imiscui-se ao conhecimento do educando, através de uma ação dialógica, interagindo num processo educacional, culminando numa visão de mundo menos alienada (WOSNY, 1994).



Grupo Campo D’Una

Os encontros na Unidade Sanitária totalizaram 03 grupos e o planejamento destas atividades constam no Apêndice 9.

Os mesmos foram realizados nos dias:

- 06/05 – neste dia contamos com a presença de 08 pessoas. Dentre as quais, 04 eram do sexo masculino e 04 do sexo feminino, e tinham suas idades variando entre 42 e 72 anos. O tempo de convivência com sua doença crônica oscilou entre 10 e 20 anos.
- 20/05 – com um total de 07 participantes, dos quais, 03 eram do sexo masculino e 04 do sexo feminino. A idade estabeleceu-se entre 48 e 71 anos, sendo que o tempo de convivência com um estado crônico variou de 08 a 25 anos.
- 25/05 – participaram neste dia 06 pessoas. Sendo que destas, 04 eram do sexo feminino e 02 eram do sexo masculino. Suas idades variaram de 42 a 68 anos e o tempo que convivem com uma doença crônica de 05 a 17 anos.

O número reduzido de participantes nos grupos foi, segundo as ACS, devido ao tempo chuvoso nos respectivos dias, dificultando a ida dos mesmos à U.S., já que a grande maioria reside longe e deslocam-se a pé.

Conforme as pessoas chegavam, verificávamos as PA e colávamos etiquetas identificando cada participante com seu nome, a partir de seu consentimento, com o intuito de facilitar a comunicação entre todos.

Os métodos de trabalho favoreceram um maior contato com a cultura desta comunidade, através de um vínculo interativo, no qual pudemos perceber a importância de alguns valores relacionados aos cuidados de saúde para a mesma.

Neste sentido, as questões pontuais emergentes durante este processo de interação, envolveram perguntas sobre “o que é saúde para você?”. Esta foi feita inicialmente como forma de dinâmica interativa, onde o participante pegava uma bolinha e dizia o que era saúde para ele. Posteriormente passava para a pessoa que estava ao seu lado. As respostas variaram entre: bem estar geral (corpo e mente), bom relacionamento com as pessoas, alimentação adequada (saudável), não ter doença, saber conviver com a doença, não ter dor, poder trabalhar.

A pergunta subsequente era “o que você faz para manter sua saúde?”. As principais respostas citadas foram as seguintes: tomar chás, uso correto de medicamento, fazer exercício físico, ter pensamento positivo, ter força de vontade e repousar.

E, finalmente, perguntamos sobre “o que você já sabe sobre sua doença?”. Esta questão obteve respostas variadas como: influência no sistema nervoso, pressão acima de 140 x 90 mmHg, o descuido leva à seqüela, a pressão está alterada quando sente dor de cabeça, tontura, náuseas, insônia, desmaio, dor no corpo, ferroadas no ouvido, e diabéticos sentem dor nas pernas.

O contexto sócio-cultural favorece a prática de um saber popular que, quando influenciado por orientações profissionais, através de uma linguagem acessível, propicia um cuidado culturalmente coerente.

Educação popular é um processo contínuo e sistemático que implica momentos de reflexão sobre a prática do grupo. É a teoria a partir da prática e não a teoria sobre a prática. Destarte, uma prática de educação popular não significa dar cursos e palestras, através de textos complexos ou de uma linguagem complicada, nem tirar os participantes durante muito tempo da sua prática, sem considerar a sua realidade (e a prática transformadora sobre esta realidade) como fonte de reconhecimento (SALES, 2001).

Por meio desta visão, optamos em desenvolver com os participantes do grupo conceitos da prática experienciada pelos mesmos, e a partir de seus conhecimentos e hábitos usuais, propiciar o compartilhar dessas informações com o conhecimento teórico proposto.

Isto pôde ser observado inclusive quando trouxemos informações, de caráter científico, que os mesmos nunca haviam tido acesso. Foi quando, a partir dos sintomas por eles mencionados, em contínua participação, relacionamos a fisiologia da doença, com auxílio de recursos didáticos, facilitando a apreensão das mesmas.

Os olhares atentos não negavam o interesse pelo assunto e conseqüente compreensão do que realmente lhes acontecia, pois, segundo os mesmos, jamais alguém lhe explicara ou esclarecera dúvidas em linguagem acessível.

Nas dinâmicas de grupo, observamos que as discussões amenizaram e em alguns casos até sanaram as dúvidas diárias das pessoas acerca de sua doença. Além de proporcionar um espaço para troca de experiência entre os presentes, observamos que dicas de cuidado fluíam naturalmente, e que muitos “olhinhos atentos e duvidosos” captavam e levavam de exemplo o que os outros expunham no grupo. Isto pode ser exemplificado através de algumas falas:

"Se ela (esposa) começar a caminhar, todo dia 10 metros a mais, daqui a 1 mês ela tá andando 3-4 Km tranqüilo". (Praia da Guarda do Embaú)

"É, né?" (Todos os presentes concordaram)

"Parar de fumar não é difícil! Eu parei. É a cabeça, né?! Cada um tem que querer". (Praia do Mar Grosso)

"É...a gente pensa que é só a gente, né? Mas tem bastante gente que tem pressão alta". (Praia do Rincão)

Os indivíduos podem ampliar o controle sobre suas vidas através da participação em grupos, visando transformações da realidade social e política em que se encontram inseridos. Com isso, há uma profunda distinção da abordagem tradicional centrada na mudança de comportamento individual. Nesta concepção, a prevenção dos agravos à saúde não é tratada isoladamente, mas sim como uma meta a ser atingida com o desenvolvimento sustentado, a melhoria da qualidade de vida e a justiça social.

Quando o cuidado emerge das necessidades do grupo, todos se mostram interessados e compartilham seus saberes e crenças e esse processo se fortalece através da interação da enfermeira com o grupo, pois a mesma respeita e valoriza os comportamentos que foram culturalmente constituídos (BELTRAME, 2000).

A partir disso, acreditamos ser de fundamental importância que a enfermeira dê-se conta de seu papel de educadora para a saúde, bem como de sua relevância na motivação, estímulo e busca de estratégias de ensino-aprendizagem que atendam aos reais anseios dos clientes, possibilitando, aos mesmos e sua família, condições para que possam perceber criticamente sua realidade e, a partir daí, desenvolver potencialidades que resultarão na solução de seus problemas de saúde de forma consciente e efetiva, melhorando, conseqüentemente, sua qualidade de vida.

Um indício de reconhecimento pode ser observado, no término das atividades, através de um feed-back com os participantes. Algumas falas vêm justificar a satisfação pelo trabalho desenvolvido, bem como o estímulo para a continuidade do mesmo, ainda no decorrer do estágio.

"Vocês voltam pra trabalhar aqui? Seria muito bom, a gente já conhece." (Praia do Rincão)

"Ai, vocês já vão? Ai, fica mais..". (Praia da Guarda do Embaú)

"A gente aprende muita coisa que não sabe". (Praias de Piçarras)

Buscamos em todos os momentos adotar uma postura freiriana e transcultural, de respeito e não de poder nas atividades realizadas. Conseguimos conduzir os grupos num caráter de troca de conhecimentos, no qual os envolvidos, acadêmicas de Enfermagem e usuário/cliente, cresceram juntos ao partilhar diferentes saberes.

Relembrando o que preconiza Freire (1995), o indivíduo é um ser geneticamente social e um produto de suas relações com o outro. Destacamos ainda, que cada ser humano é único e possui seu modo de enfrentar a doença. Portanto a interação dialógica e participativa com os sujeitos de nosso estudo é extremamente importante, porquanto não há sucesso na prática de uma educação fundamentada em desigualdades, onde um detém o conhecimento e o outro é mero instrumento de transferência do mesmo.



Grupo de Encerramento

Esta atividade foi realizada no dia 01/06/04, no salão paroquial do Campo D'Una e seu planejamento consta no Apêndice 10. Iniciamos a dinâmica passando uma fita cassete contendo informações sobre os serviços de saúde na perspectiva do SUS.

Após o término, provocamos um debate, questionando o que eles haviam achado da fita. Foi quando um dos participantes manifestou-se com a seguinte frase:

“Eu duvido que alguém tenha entendido alguma coisa...”. (Praia do Pontal)

Todos permaneceram em silêncio e expressaram concordar com o manifesto. Frente a isso, explicamos nosso objetivo com relação a passagem da fita, destacando que a mesma procura informar como funcionam os serviços de saúde dos municípios. Incentivamos a participação nos assuntos referentes a saúde, enfatizando que os principais responsáveis quanto ao andamento da saúde do município eram eles próprios, e que os mesmos deveriam e poderiam estar participando como sujeitos ativos no processo, para, então, construir as críticas. Neste momento, muitos se manifestaram:

“É verdade, tem uma cumprida lá no Posto de Saúde de Garopaba que não me trata muito bem”. (Praia de Itapirubá)

“É! Nós queremos ser bem tratados. Aqui no nosso posto (referindo-se a U. S. Campo D'Una), eu sou muito bem tratado”. (Praia do Rincão)

“É.... temos que falar com as pessoas certas”. (Praia da Preguiça)

Solicitamos então a um conselheiro presente, presidente do Conselho Local de Saúde, fazendo parte, também, do Conselho Municipal de Saúde, que informasse o funcionamento do mesmo e como fazer para participar das decisões políticas.

Queremos ressaltar, que a utilização do vídeo educativo sobre Serviços de Saúde pareceu-nos uma forma de ampliar o horizonte dos indivíduos quanto a realidade que os cerca. A princípio, entendemos ser de uma linguagem simples, acessível e de fácil compreensão. No entanto, percebemos que a consciência e conhecimento dos integrantes do grupo a respeito de seus direitos e deveres, enquanto cidadãos, dentro do sistema único de saúde – SUS, estava

aquém dessas expectativas. Constatamos que não foi um instrumento adequado em virtude do conhecimento deficitário dessas pessoas. Acreditamos que é preciso desenvolver um trabalho no qual sejam formados cidadãos mais conscientes e críticos. Esperávamos que a conscientização estivesse sendo desenvolvida, pois, conforme preconiza o Ministério da Saúde (BRASIL, 2001), é função de todos os profissionais do PSF discutir com a comunidade conceitos de cidadania, de direito à saúde e as suas bases legais e, incentivar a formação e/ou participação ativa da comunidade nos Conselhos Locais de Saúde e no Conselho Municipal de Saúde. Portanto, nossa intenção de provocar discussões a partir do vídeo foi frustrada pela deficiência de informação prévia dos participantes.

As discussões se ampliaram com as colocações do conselheiro, juntamente com nosso posicionamento, enquanto acadêmicas de Enfermagem, o que propiciou um maior entendimento, visto que concordamos com Briceño-Leon (1996) ao afirmar que o processo educacional é um processo de diálogo entre saberes, onde ambos comprometem em escutar-se e transforma-se, como observamos nas seguintes falas:

“Ah...é importante mesmo a gente saber como funciona, pra poder cobrar né!?” (Praia da Preguiça)

“Eu não sabia que era assim, é bom saber....” (Praia do Rosa)

Acreditamos na necessidade de todos assumirem a condição de aprendizes, buscando compreender as tramas de poder que dominam as relações existentes, das quais o serviço de saúde é um ponto de referência. A instituição pode ser este espaço de educação, em que, mesmo através da resistência da organização e do estímulo ao potencial criador, os indivíduos aprendem a construir sua autonomia.

É necessário que os indivíduos descubram-se com poder e com força para agir. Poder de pensar, de querer, de conhecer, de resistir, de criticar, de lutar, de intervir, de criar e transformar. É necessário que os homens assumam sua condição de sujeitos na criação e construção de sua libertação. Saúde e educação têm seu ponto comum nessa possibilidade: aprender a SER... (KLEBA, 1999).

Ao fim da discussão, informamos a todos que aquele era o último grupo que estaríamos promovendo e participando. Manifestamos, então, a grande satisfação do trabalho realizado e que, certamente lavariamos muita saudade. Fomos sensibilizadas quando, ao término

do grupo, todas as pessoas vieram até nós agradecer a assistência prestada, nos cumprimentando com apertos de mão, abraços, beijos e frases que demonstraram que realmente auxiliamos despertar de consciência em algumas delas:

“Agora toda vez que eu pego o saleiro eu lembro de vocês (risos)”. (Praia do Farol)

“Tudo o que vocês fizeram nos ajudou muito. Foi muito bom aprender com vocês”. (Praia do Farol)

Para nós acadêmicas fica a satisfação de ter tido a oportunidade de contribuir com essa parcela da comunidade, respeitando seus valores em todos os momentos. Quiçá o conhecimento construído transforme-se em benefício através da mudança de alguns hábitos de vida prejudiciais aos seus atuais estados de saúde.

Acreditamos ter cumprido o desenvolvimento da prática assistencial proposta neste objetivo, ressaltando que a abordagem quanto a educação em saúde ao indivíduo/família, foi contemplada no objetivo III.



Objetivo V - Participar das atividades administrativas da Unidade Sanitária, como modo de inserção no campo de estágio e no inter-relacionamento com a equipe.

Num primeiro momento, visando esta inserção, consideramos necessário fazer um levantamento da estrutura física e político-organizacional da instituição.

Observando o relato da estrutura física nas considerações metodológicas deste trabalho, podemos contatar que com a área física disponível, bem como as disposições de salas, a

Unidade Sanitária Campo D' Una suportaria servir de referência para alguns dos outros 13 postos de saúde da região, entretanto, serve apenas para 01 deles (Grama) em função de diversos aspectos políticos e econômicos do município.

A Secretaria Municipal de Saúde, através do secretário e da chefia de enfermagem, é responsável pela coordenação de todos os serviços referentes à saúde da comunidade, abrangendo 13 postos de saúde, 01 Unidade Central e 06 equipes de PSF. Uma questão relevante a ser mencionada, e que interfere negativamente na assistência prestada à população, é o fato da Secretaria de Saúde estar sediada dentro do prédio da Unidade Central de Garopaba. Além disso, a Assistência Social também é vinculada a esta secretaria e tem seu atendimento nesta mesma unidade, gerando, com isto, uma grande demanda de clientes que não buscam os serviços de saúde.

A maioria dos atendimentos de saúde em Garopaba, até mesmo pela inexistência de um hospital, são realizados nesta Unidade Central do município. A mesma foi ampliada em 1994, passando de 130m² para uma área física de 400m², com: 03 consultórios de clínica médica; 01 consultório pediátrico; 01 consultório ginecológico; 01 para ortopedia e pequenas cirurgias; 02 salas para pacientes que ficam em observação, separadas em masculina e feminina; sala para atendimento de emergência; sala de curativo; laboratório; sala de fisioterapia; sala de assistência social e nutrição; sala para pré-consulta pediátrica; sala para pré-consulta de adultos; sala de vacinação e teste do pezinho; sala de informática; sala de chefia da unidade; sala de serviço de marcação de consultas; sala de PSF; sala do Secretário de Saúde; consultório odontológico; farmácia; sala de vigilância sanitária; de epidemiologia; setor de esterilização com autoclave; sala de depósito de materiais de limpeza, de escritório, de materiais de consumo; sala de raio-X; cozinha e 05 banheiros para uso do público.

A unidade central funciona de segunda à sexta-feira, das 7h-17h e plantão noturno das 18h-23h, é a principal referência de todo o sistema de assistência à saúde do município. Nos finais de semana e feriados é oferecido à população um plantão Médico e de Enfermagem, das 13h-22h. Após este horário, a população que necessita de atendimento, terá que se deslocar para os municípios vizinhos que possuem Hospitais (Imbituba e São José).

Apesar do município oferecer médicos generalistas, e diante da dificuldade de conseguir vagas para determinadas especialidades nos hospitais de referência, optou-se por oferecer estes serviços na Unidade Central. Foram, então, contratados médicos, que atendem duas

vezes por semana nas seguintes especialidades: Ginecologia, Ortopedia e Pediatria, além de outros profissionais, como: Psicólogo, Fisioterapeuta e Nutricionista. As outras especialidades são agendadas através de uma central que fica em Florianópolis. Este contato é feito através de telefone e computador por funcionária treinada para esta atividade. O cliente que procura este atendimento precisa vir com um encaminhamento do médico do PSF, junto com seu número de registro geral. Dessa forma, é agendado conforme a cota do município, sendo esta, determinada pela Secretaria de Saúde do Estado. Contudo, esta cota é insuficiente para suprir a demanda do mesmo, gerando filas de espera e descontentamento da população.

Um dos problemas de Saúde Pública detectado no município é o grande número de pacientes portadores de doença mental, que são levados para consultar em São Pedro de Alcântara (Colônia Santana) ou em São José (Instituto Psiquiátrico São José - IPQ), gerando transtornos para conduzi-los até estes hospitais de referência. Em contrapartida, já existe um projeto em andamento, para implantação, no município, de um programa de atendimento em Saúde Mental, com contratação de médico psiquiátrico e psicólogo.

A estrutura física da Unidade Sanitária Campo D' Una integra o trabalho de funcionários efetivos da prefeitura e 01 (uma) equipe de PSF, os quais demonstram certo distanciamento de relações, possivelmente influenciado por distintas situações contratuais, envolvendo, conseqüentemente, diferentes remunerações para um mesmo trabalho.

O quadro de funcionários exemplifica e favorece uma visão geral da realidade encontrada:

1 Equipe de PSF

- ✓ 1 médico – Clínico Geral (10 a 15 consultas/dia, VD casos mais graves)
- ✓ 1 Enfermeira
- ✓ 1 Auxiliar de Enfermagem – (VD, procedimentos de Enf., auxílio em grupos e palestras na escola)
- ✓ 4 ACS - (VD)
- ✓ 1 dentista – (consulta na U.S., prevenção na escola)
- ✓ 1 Auxiliar de dentista



Funcionários da U.S.

- ✓ 1 médico – Ortopedista
- ✓ 1 auxiliar de Enf. – (Vacinação, procedimentos de Enf.)
- ✓ 2 atendentes (recepção)
- ✓ 1 auxiliar de limpeza (minuciosa, 2x na semana)

Para a formação de equipes multidisciplinares é importante que se tenha definido o papel de cada membro, passando a reconhecer limites e potencialidades de cada um.

Os enfermeiros exercem um papel importante nas equipes de Saúde da Família, pois cabe, principalmente, a eles, planejar, organizar, dirigir e avaliar o trabalho desenvolvido. Também são responsáveis por acompanhar, supervisionar e responsabilizar-se pela capacitação e educação continuada dos técnicos e auxiliares de enfermagem, bem como, dos agentes comunitários de saúde. Além disto, atuam no cuidado do indivíduo, família e comunidade, na prevenção da doença, promoção da saúde, visando, em especial, a melhoria da qualidade de vida das pessoas e da equipe como um todo.

Durante a prática pudemos acompanhar a enfermeira em suas atividades bem como realizá-las sob sua supervisão, principalmente as visitas domiciliares, grupos de orientação e procedimentos básicos como curativos e injeções de acordo com a demanda. A enfermagem trabalha de segunda à sexta-feira, período integral, estando mais tempo em contato com o público quando comparada as outras categoria de profissionais da saúde; e por conseguinte, detém grande poder de atuação.

Esta proposta de prática assistencial insere-se no trabalho da enfermagem na instituição, na medida em que o mesmo tem seu foco voltado para educação em saúde e utiliza como principais métodos de trabalho as visitas domiciliares e as atividades em grupo. Como tais atividades já existiam e se apresentavam com certo grau de importância, além de planejarmos outras como visitas específicas e grupos com diabéticos e hipertensos – relatados nos objetivos III e IV –, aproveitamos para participar das atividades previamente agendadas.

Nos envolvemos, assim, em conjunto com a enfermeira, no grupo de gestantes do mês de abril, com a presença de 03 (três) participantes, onde tivemos oportunidade de reforçar orientações específicas sobre cuidados com RN, preparação para o momento do parto bem como

conhecer as várias experiências vivenciadas pelas mesmas. Ainda no primeiro mês, auxiliamos na pesagem das crianças de 0-5 anos da comunidade cadastradas no SISVAN e participamos da Campanha de Vacinação dos Idosos, tanto no posto de saúde quanto nos domicílios, sempre acompanhadas da enfermeira, auxiliar de enfermagem e agentes comunitárias. Ao final do mês de abril pudemos colaborar com o preenchimento das fichas do SIAB, quando reunimos os registros mensais de cada uma das quatro agentes comunitárias para, então, enviarmos a soma total dos dados à Secretaria de Saúde, responsável pela coordenação do PSF.

O mês de maio, de acordo com o cronograma previsto, esteve voltado para a realização dos grupos com crônicos e acompanhamento das 09 (nove) pessoas/famílias selecionadas para a prática assistencial, especificamente relatados nos objetivos III e IV.

Ao mesmo tempo em que observávamos o inter-relacionamento da equipe, atentávamos a um bom e constante relacionamento com a mesma. Buscamos interação com todos os funcionários, sem exceção de categoria, fosse em conversas informais na copa, na recepção, durante o processo de trabalho, bem como através da elaboração de um mural com espaço para a data dos aniversários de todos os membros da equipe e mensagens que eram trocadas terças e quintas-feiras, somando um total de 11 textos (Anexo IX). Estes incluíam temas sobre reflexão de valores, conselhos e lições de vida. A idéia dessa montagem foi recebida com grande satisfação, tanto dos funcionários quanto do público, servindo de forma atrativa e de distração para o usuário que aguarda atendimento.

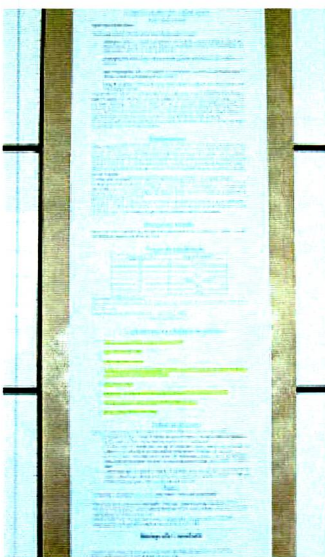


Durante nosso período de estágio, presenciamos o afastamento do médico por quase 30 (trinta) dias; primeiro em função de sua licença, que, na seqüência, foi prolongada por acidente pessoal, provocando descontentamento geral da comunidade e do Conselho Local de Saúde, que se manifestava pelas constantes cobranças dos conselheiros sobre a secretaria. Muitos usuários precisaram remarcar várias vezes suas consultas, além de sofrerem com o desgaste físico da ida em vão até o posto de saúde, associado à obrigatoriedade de deslocamento até a Unidade Central em Garopaba nos casos urgentes.

A área da saúde acumula vasta experiência de trabalho em equipe. No entanto, há uma hierarquia que sempre tende a favorecer o médico. Contudo, no verdadeiro trabalho em equipe, todos devem participar dos processos de planejamento e avaliação, contribuindo para organização do processo de trabalho. É preciso que haja solidariedade, respeito, cumplicidade e comprometimento para que todos unam esforços e atinjam o objetivo comum (ARAÚJO, 1995)

A presença dessas diversas categorias profissionais na unidade enriquece o processo de trabalho, acrescentando diferentes experiências, já que a complementaridade destas acrescenta habilidades, conhecimentos e atitudes que só vêm beneficiar a comunidade. Entretanto, durante o estágio, percebemos que cada um dos funcionários cumpre seu papel individual sem haver, de fato, um processo sistemático de trocas.

O processo de esterilização dos materiais pode ser usado como exemplo. A unidade possui uma autoclave desativada, por isso, utiliza-se para tal finalidade a estufa (esterilização por calor seco).



Em termos de comparação, a última é menos eficaz e exige maior tempo para esterilização. Entretanto, qualquer destes processos devem seguir alguns cuidados específicos para que não haja dano à qualidade estéril do material. Durante o estágio, percebemos que os funcionários não compartilhavam das mesmas informações a respeito de seu funcionamento, principalmente quando se referia ao tempo de processo de cada material, além de termos presenciado, algumas vezes, a abertura do aparelho para verificação da temperatura. Qualquer interrupção do processo pode vir a comprometer toda a qualidade da esterilização. Destarte, preocupadas com esta possibilidade, consideramos válido trazer e anexar, ao lado do aparelho, um texto explicativo, de linguagem acessível, no qual constavam, além da descrição de todo o processo de esterilização, os tempos e temperaturas ideais para cada tipo de material, bem como algumas dicas e curiosidades quanto ao seu funcionamento, visando melhorar a eficácia do mesmo (Anexo X).

Observamos, ainda, que há uma importante ausência de registros das atividades realizadas pelo pessoal, sejam dos profissionais ou dos agentes comunitários. Isto nos levou a elaborar um tipo de instrumento de registro para as visitas domiciliares conforme apresentado no objetivo III.

Segundo as normas do Ministério da Saúde, o profissional da equipe do PSF precisa ser capaz de atuar com criatividade e senso crítico, mediante uma prática humanizada e competente, que envolva ações de prevenção, recuperação e reabilitação. Deve ser capaz de planejar, organizar, desenvolver e avaliar ações que respondam às necessidades da comunidade, articulando os diversos setores envolvidos na promoção da saúde.

Dessa forma, o planejamento em saúde pode ser visto como um processo e técnica de racionalização das atividades para a elevação da eficiência e eficácia na aplicação dos recursos. Exige o conhecimento adequado dos problemas e recursos para a orientação das decisões a tomar. Portanto, o enfermeiro deve ser um planejador, considerando a crescente ampliação de suas atividades e funções nos dias atuais (ARAÚJO, 1995).

Em vista disso, nossa proposta assistencial esteve coerentemente inserida no trabalho da Enfermagem na instituição, uma vez que além de acompanharmos mais especificamente os clientes em condição crônica de saúde, levantamos algumas propostas de trabalho após discussões com orientadoras e supervisoras como: o instrumento anteriormente citado e sugestões de integração e sensibilização da equipe; sendo que ainda nos fizemos flexíveis a eventuais

propostas de atividades oferecidas pela instituição e Secretaria Municipal de Saúde, de forma a crescer pessoal e profissionalmente com as novas experiências.

Entre as experiências destacamos: participação na Campanha de Vacinação dos Idosos; na pesagem das crianças junto com a pastoral (SISVAN); no preenchimento do SIAB referente ao mês de maio; visitas não programadas e ainda participação em reunião do Conselho Municipal de Saúde.

Na última semana de estágio, como forma de efetuar um processo de separação, consideramos necessária a realização de um fechamento, ainda que informal, com a equipe de saúde da unidade. Num primeiro momento, o encerramento ocorreu com a presença das orientadoras em nome da Universidade, sendo que, no dia seguinte (penúltimo dia em campo de estágio) organizamos uma pequena confraternização com todos, na qual aproveitamos para agradecer a receptividade e explanar, de forma sucinta, os resultados e a satisfação de nossa prática assistencial.

O grande aprendizado dessa fase é a capacidade de avaliação e integração dos processos vividos, tornando-os elementos vivos e significativos à história individual e coletiva. Numa reunião descontraída, fomos surpreendidas por depoimentos de reconhecimento pessoal e profissional; trocamos endereços e telefones visando a manutenção do vínculo criado e nos dispomos a qualquer envolvimento posterior com a comunidade.

Pudemos dessa forma, concluir com êxito este objetivo, uma vez que conseguimos nos inserir nas atividades administrativas da unidade, contando com os benefícios de uma boa integração com os profissionais, fosse ao levantar propostas, auxiliar o andamento normal desta ou nos adaptar a algumas rotinas já estabelecidas.





Objetivo VI - Refletir a adequabilidade do referencial teórico a prática desenvolvida.

Ao avaliar o marco referencial utilizado, concluímos que este mostrou-se condizente ao alcance dos objetivos, dando-nos respaldo para que o desenvolvimento da prática obtivesse o êxito esperado.

Os conceitos e pressupostos operacionalizados através do processo de enfermagem demonstraram a importância do cuidado no domicílio, pois permitiu conhecer a realidade concreta das famílias, e através da interação – elemento fundamental para o estabelecimento do vínculo – obter maior compreensão de sua cultura.

Os diferentes contextos e personalidades encontrados demonstraram que os conceitos de enfermagem, ser humano, saúde-doença e ambiente, previamente definidos, fundamentaram os objetivos dessa prática ao serem constatados no decorrer da assistência.

Encontramos um ser humano biopsicossocial, crítico e capaz de definir culturalmente seu próprio conceito de saúde:

“Saúde é viver bem. É estar alegre. Ter pensamento positivo”. (Praia do Rincão)

“Para mim, saúde é me dar bem com todo mundo. Estar satisfeito comigo, de bem com a família, com os amigos, com os vizinhos...” (Praia do Siriú)

“Saúde não é só não sentir dor. É se cuidar, tomar os remédios certos, nas horas certas e cuidar da alimentação”. (Praia da Encantada)

“Antes não tinha esses venenos nos alimentos como tem hoje. As pessoas viviam muito bem. Era tudo natural. A gente mesmo que plantava; sabia o que tava comendo. Hoje as pessoas morrem é por isso, por causa desse monte de coisa artificial que come... Daí acaba no médico”. (Praia da Solidão)

A influência do contexto ambiental em suas percepções:

“A gente veio morar aqui justamente em busca da qualidade de vida. Aqui é muito tranquilo. As pessoas são muito receptivas e se dão muito bem”. (Praia de Garopaba)

“O clima aqui é muito melhor do que onde eu morava, esse ventinho frio me faz bem, parece até que abaixa a pressão”. (Praia da Ferrugem)

“ O problema de cidade pequena é que as pessoas não têm o anonimato garantido. Isto dificulta na luta por seus direitos porque evitam se expor”. (Praia de Garopaba)

E, finalmente, a Enfermagem como profissão que envolve um cuidado cultural e coerente, propiciando assistência individual e visando manter ou reaver o bem estar do usuário ao identificar as necessidades de preservação/manutenção, acomodação/negociação e repadronização/ reestruturação do cuidado:

“Ah, só vou deixar de comer sal quando esconder o saleiro da mesa (risos). Se der derrame de novo.. deu né!?” (Praia da Preguiça)

“Vocês me ajudaram a entender um monte de coisa que ninguém nunca tinha me explicado”. (Praia Vermelha)

“A gente da comunidade só tem a agradecer, e muito a atenção que vocês nos deram, nem que fosse uma visitinha bem rápida só pra nos lembrar de tomar o remédio na hora certa...” (Praia do Pontal)

“Nossa, o trabalho de vocês aqui foi muito bom! Tomara que voltem para cá um dia como contratadas. Vou rezar pra isso..”. (Praia do Sonho)

A cada encontro com os usuários e suas famílias, procurávamos direcioná-los de acordo com os modos de ação da enfermagem, previstos por Leininger, considerando as práticas de cuidados desenvolvidas pela família e mantendo sempre um caráter educativo em nossa prática assistencial, visando respeitar a autonomia e identidade do cliente, visto que “ninguém pode cuidar da saúde de outro, se este não quer fazê-lo por si próprio” (BRICEÑO-LEON, 1996, p.27).

A acomodação e a repadronização só ocorreram quando o valor cultural dos mesmos eram considerados elementos agravantes para saúde destes. Entretanto, destacamos que estes modos de ação ocorriam sempre após um diálogo aberto, no qual ambas as partes expressavam seus pontos de vista, de forma que a proposta final de cuidado surgisse de um consenso partilhado, mas conscientes de que a decisão é sempre da pessoa.

Dessa forma, podemos afirmar que o cuidado cultural é representado por valores, crenças e práticas que são influenciadas e tendem a ser embutidas na visão de mundo, linguagem, religião (ou espiritual), relações de parentesco (ou social), político (ou legal), educacional, econômico, tecnológico, etnohistórico e ambiental de uma cultura particular.

Os conhecimentos de uma determinada cultura são de grande importância e devem ser o ponto de partida para um cuidado amplo de Enfermagem e também servir como forma de aproximação da enfermeira/cliente e/ou comunidade. Para que a enfermeira possa atuar, juntamente com o sistema popular de saúde, é necessária a compreensão do contexto cultural, que pode ser alcançado através do suporte da teoria transcultural de Leininger, para evitar conflitos, estresse e choque cultural, já que esta teoria nos faz compreender o ser humano como ele é, com sua própria visão de mundo, tentando efetuar um cuidado, a partir dos valores do cliente e/ou comunidade, fazendo com que estes tenham a oportunidade de serem atores de seu próprio bem estar.

Concorda-se com Cartana e Heck (1997) quando afirmam que para alcançar a qualidade na prática da enfermagem comunitária, é preciso entender, inicialmente, o que o cliente está expressando. Isso exige aproximação, investigação, observação atenta, abstenção de

julgamentos prévios, tentando alcançar a visão da pessoa sobre sua própria doença, antes de classificá-la no modelo biomédico.

A proposta de educação dialógica e problematizadora de Freire contribuiu de forma a operacionalizar esta teoria, defendendo a partilha do conhecimento vivenciado entre os diversos atores do processo educativo em saúde (enfermeira/cliente/família/grupo), através de uma linguagem facilitadora da compreensão de suas realidades.

Tal constatação permite-nos concluir que o profissional enfermeiro tem extrema importância no papel de educador para a saúde, pois pode promover orientação e servir de suporte para a adaptação, uma vez que a condição crônica acarreta situações de crise, limitações e perdas que irão influenciar em toda a estrutura individual e familiar. Como exemplo deste trabalho, a Enfermagem dispõe de atividades de grupo e visitas domiciliares como dois eficientes métodos de trabalho para o desenvolvimento de uma prática assistencial humanizada, a partir de um enfoque transcultural e dialógico.

VIII. E O INESPERADO ACONTECEU...

Publicação de Dicas de Saúde sobre HAS, DM, Depressão e Colesterol

No decorrer de nosso trabalho assistencial, em função das experiências vivenciadas, associadas à busca de aprofundamento teórico, sentimos necessidade de uma divulgação local sobre dicas de saúde e alguns esclarecimentos sobre as doenças crônicas mais incidentes na comunidade, visando abranger maior número de pessoas interessadas nos temas, bem como oportunizar orientação à parte da população em situação crônica de saúde não acompanhada neste período.

Buscamos nos informar sobre os meios de comunicação acessíveis da região, como rádios e jornais locais. Entretanto, os mesmos não foram disponibilizados no tempo previsto de estágio. Porquanto, o desejo de poder contribuir com a população através de relevantes dicas e esclarecimentos de saúde com uma linguagem acessível capaz de favorecer a compreensão, nos estimulou a procura de outras localidades que se interessassem pela proposta e nos oportunizassem, então, espaço para efetivá-las. Foi o que ocorreu nas cidades catarinenses Capinzal (meio-oeste) e Presidente Getúlio. Em ambas foi cedido o espaço de uma coluna em um dos jornais locais de cada região (*O Tempo* e *Gazeta Vale das Cachoeiras*, respectivamente) após contatos com seus editores.

Dessa forma, surgiu o início de publicações semanais elaboradas no decorrer do estágio desde o dia 07/05/04, conforme Apêndice 11, no intuito de contribuir para o despertar do cuidado à saúde no leitor, enfatizando a mudança de pequenos hábitos em busca da melhoria de sua qualidade de vida.

Representação Universitária - reconhecimento da comunidade e dos profissionais

O fato de estarmos inseridas no contexto da comunidade por 02 meses facilitou a integração com a mesma e conseqüente contato com a cultura local.

Por se tratar de uma população visivelmente receptiva e carente de atenção, ocorreu enorme e recíproca simpatia, bem como satisfatório reconhecimento de nosso trabalho, demonstrado em pequenos gestos e simples solicitações do tipo:

- ✓ auxílio em um trabalho sobre “Gravidez na Adolescência”, requerido por uma jovem cursando a 6ª série do ensino fundamental. Para tal, favorecemos a busca de material, estimulando na seqüência uma discussão sobre o tema com supervisão da construção estrutural e gramatical do texto. Grande foi nossa satisfação ao recebermos a notícia da ótima avaliação feita pela professora, sobre o trabalho.
- ✓ auxílio na elaboração da “Receita do bolo da Vida” como atividade do curso de Pedagogia, partido da auxiliar do dentista da unidade. Nesta situação, aproveitamos para uma importante integração com os profissionais, quando nos vimos abordando e discutindo valores por nós considerados essenciais, em uma conversa descontraída e informal.
- ✓ convite à parceria nas atividades educativas de saúde bucal, em outra comunidade da região, proposta pelo odontólogo da unidade, o qual demonstrou grande receptividade e empatia pelo grupo e por nossa proposta assistencial. Com isso aproveitaríamos para conhecer outra realidade social, visto que se tratava de uma região mais carente, bem como nos envolveríamos com novas formas de trabalho e abordagem profissional. Entretanto, o trabalho dependia do envio de kits pela prefeitura, que, infelizmente, não chegaram a tempo da conclusão de nosso estágio. Outro sim, tivemos a oportunidade de assistirmos a uma fita de vídeo deste kit, que dava algumas dicas interessantes de como ministrar palestras e prender a atenção de crianças de 1ª à 4ª série do ensino fundamental, a fim de favorecer-lhes o aprendizado.
- ✓ proposta para retorno do “Grupo de Caminhada”, levantada por uma das agentes comunitárias de saúde ao constatar nossa aceitação e receptividade por parte da comunidade. Segunda a mesma, este grupo era realizado com sucesso pela enfermeira

anterior, sendo que muitas das pessoas que participavam sentem a falta. Nosso empenho foi de imediato, embora não concluído em função das intempéries dos últimos dias de estágio, bem como a provável descontinuidade do mesmo após o término de nossa prática assistencial.

Participação na reunião do Conselho Municipal de Saúde

Com satisfação, residimos por 02 meses na mesma rua do presidente do Conselho Comunitário de Saúde de Campo D'Una – Garopaba/SC. Pessoa extremamente sensata e instruída quanto aos direitos de cidadão, costuma estar à frente dos diversos problemas da comunidade. A comunidade, apesar de criticá-lo constantemente, encontra, nele, porto seguro para a resolução das questões pendentes.

Antes mesmo de iniciarmos o estágio, tivemos a oportunidade de conhecê-lo e poder demonstrar nosso interesse pela participação nas reuniões do Conselho como forma de inserção política na comunidade, quando aproveitaríamos para conhecer seus principais problemas, estruturação e reivindicações. Em um de nossos encontros casuais, este nos informou sobre a reunião mensal prevista para o dia 13/05/04. Fomos impossibilitadas de participar da primeira reunião para a qual fomos convidadas, do mês anterior, em função de choque de horário com o grupo de crônicos previamente agendado. Contudo, desta vez, o compromisso que havíamos planejado pôde ser adiado.

A participação nos conselhos é uma forma de incentivar a mudança, por isso despertou nosso interesse.

Desta reunião, participaram 17 pessoas e pudemos conhecer a estruturação e a finalidade de um conselho, as quais incluem: elaboração de políticas de saúde, acompanhamento, implementação e fiscalização dos serviços relacionados à saúde da população. Pudemos, também, presenciar a discussão da estrutura bipartite que compõe atualmente o conselho municipal de Garopaba (5 representantes governamentais e 5 representantes não-governamentais) e, portanto, da proposta tripartite, sugerida por novo membro integrante, para que se torne mais democrático, evitando empates e anulações dos mais variados encaminhamentos.

Foi cumprida a pauta que constava: estabelecimento das representações das entidades; alterações do regimento interno e estatuto e informações gerais do tipo: acesso ao

fundo municipal de saúde e número da conta e estabelecimento de tempo máximo para as reuniões.

Atualmente, pode-se dizer que a saúde pública do Brasil deve-se a uma consciência coletiva fraca, a uma vontade política distorcida e corrupta, a existência de programas de saúde descontínuos em função de programação pessoal, alocação de recursos insuficientes, escassez de recursos humanos qualificados, inexistência de um plano de carreira e de infra-estrutura, salários baixos, profissionais remanescentes viciados; portanto, clientela mal atendida.

Além disso, forças geradas pelo complexo-médico-industrial mantém a hegemonia existente da atenção curativa sobre a preventiva em benefício da venda de medicamentos, de próteses, internações desnecessárias, conseqüente desperdício de dinheiro público e danos à população. “É tempo de deixar de brincar com a população. Nosso povo é descrente, tímido, maltratado e desrespeitado, especialmente no aspecto saúde” (NERY, VANZIN, 1998, p.142).

É imperativo que os profissionais da área da saúde tomem uma atitude para modificar o quadro atual e sensibilizar os governantes da saúde. A implantação do Sistema Único de Saúde apresenta-se como grande alternativa para a assistência séria à saúde da população ao modificar positivamente o quadro nosológico, com aumento da relação custo/benefício, pois o enfoque passa a ser a proteção e a promoção da saúde, evitando danos pessoais e promovendo o bem estar social.

As categorias profissionais, quando unidas, têm força para reorientar a saúde neste país, mas não o fazem por quê? Resta-nos pensar: formação deficiente? Pouca sensibilidade profissional? Interesses próprios? Desrespeito à pessoa humana? Não cumprimento ou observação do código de ética? São inúmeras as dúvidas...

Elaboração de um artigo

Este artigo é uma versão preliminar, que será revisado e complementado para ser enviado para publicação. O mesmo foi elaborado para a disciplina de Contexto Social IV e consta de um relato de experiência vivenciado em nossa prática assistencial.

**CONDIÇÃO CRÔNICA DE SAÚDE: BUSCANDO O RECONHECIMENTO DA
PRÁTICA ASSISTENCIAL ATRAVÉS DA EDUCAÇÃO EM SAÚDE²**

**CHRONIC CONDITION OF HEALTH: SEARCHING THE RECOGNITION OF THE
PRACTICAL ASSISTENCIAL THROUGH THE EDUCATION IN HEALTH²**

Carla Cavaler Garcia³

Mariana Pereira Martendal⁴

Thaise Alana Goronzi⁵

RESUMO

Este trabalho trata-se de um relato de experiência vivenciado durante o estágio curricular da 8ª fase de Enfermagem da UFSC. Teve, como objetivo primordial, prestar cuidado à pessoa em condição crônica de saúde e sua família de uma comunidade do sul de Santa Catarina, referenciando a teoria de Madeleine Leininger e Paulo Freire, com o intuito de promover sua Qualidade de Vida. Utilizamos como métodos de trabalho as atividades de grupo e as visitas domiciliares. Através destas, pudemos observar que a convivência em grupo facilita a compreensão de sua doença, sendo que, na troca de experiência, muitas dúvidas são solucionadas. Trabalhamos também, com questões referente ao que é saúde e o que fazem para mantê-la, as respostas incorporam manifestações de não ter dor, alimentar-se adequadamente, fazer exercício físico, usar corretamente o medicamento e repousar... Tal constatação permite-nos concluir que o profissional enfermeiro tem extrema importância no papel de educador para saúde, pois pode promover orientação e servir de suporte para a adaptação, uma vez que a condição crônica acarreta situações de crise, limitações e perdas que irão influenciar em toda estrutura individual e familiar.

Palavras-chave: doença crônica, educação em saúde, cultura

² Artigo derivado do Relatório do Estágio Curricular da 8ª fase de Enfermagem – UFSC, intitulado: “CONDIÇÃO CRÔNICA DE SAÚDE: UM ENFOQUE DIALÓGICO NO CUIDADO TRANSCULTURAL DE LEININGER”.

³ Acadêmica da 8ª fase de Enfermagem da UFSC.

⁴ Acadêmica da 8ª fase de Enfermagem da UFSC. Bolsista de Iniciação Científica. Membro do EDEN/UFSC.

⁵ Acadêmica da 8ª fase de Enfermagem da UFSC. Membro do EDEN/UFSC.

INTRODUÇÃO

A condição crônica de saúde constitui-se num importante campo de estudo, uma vez que essas doenças têm como característica especial sua longa duração, que vai, em algum momento, interferir no curso de vida das pessoas. De outro lado, o cuidado à saúde dos que vivem em condição crônica, tem sido um grande problema na área da saúde, abrangendo várias dimensões e representando um desafio, tanto para aqueles que estão vivenciando a situação quanto para os cuidadores⁽¹⁾.

Para que as pessoas portadoras de doença crônica tenham maior qualidade de vida, consideramos necessário que elas conheçam a doença e aprendam a conviver com ela. Neste caso é que a educação para a saúde pode auxiliá-los na compreensão da mesma, e assim, superar seus efeitos através de uma adesão consciente ao regime de tratamento. No entanto, para que isso se concretize, torna-se necessário o estímulo do cliente, visando promover sua participação efetiva no cuidado.

Pessoas nesta condição, pela necessidade de conviver com uma doença em seu dia-a-dia, requerem do profissional de saúde, um cuidado diferenciado, no qual a educação para a saúde, num enfoque transcultural e dialógico ocuparam papel de destaque neste trabalho, visto que cada ser humano é único, dotado de crenças, valores e hábitos que constituem sua cultura, merecendo ser respeitados.

Dessa forma, de modo a favorecer a aprendizagem do viver com seu estado crônico de saúde, optamos por desenvolver atividades assistenciais que envolveram educação para a saúde em uma comunidade interiorana do sul catarinense, a fim de melhorar ou manter sua qualidade de vida. Para tal, utilizamo-nos de atividades grupais e visitas domiciliares como principais métodos de trabalho para favorecer nossa inserção no contexto cultural da comunidade e assim desenvolver com êxito a prática assistencial proposta.

OBJETIVO

Prestar assistência à pessoa em condição crônica de saúde e sua família em uma comunidade da região sul de Santa Catarina, referenciando a teoria transcultural de Madelaine Leininger e Paulo Freire, com intuito de promover sua qualidade de vida.

BREVE REVISÃO DE LITERATURA

Condição Crônica de Saúde

A condição crônica de saúde, na percepção de Silva⁽¹⁾, afeta vários aspectos da vida dos seres humanos, havendo mais coisas envolvidas que a simples mudança na estrutura e funcionamento de seus organismos. As mudanças que ocorrem em suas vidas, muitas vezes provocam rupturas com seu modo de vida anterior, requerendo modificações em seus hábitos diários, nos papéis que desempenham, nas atividades que desenvolvem, enfim, mudanças que requerem uma nova reestruturação de seu dia-a-dia, as quais cabe apenas à própria pessoa o direito de decisão.

Qualidade de Vida

A OMS definiu qualidade de vida como "a percepção do indivíduo de sua posição na vida, no contexto da cultura e sistema de valores nos quais ele vive e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações" ⁽²⁾.

Na variedade de conceitos encontrados na literatura, Minayo, Hartz e Buss ⁽³⁾ pareceu-nos representar a síntese alcançada no final do milênio quando afirmam que "a noção de qualidade de vida transita em um campo semântico polissêmico: de um lado, está relacionada a modo, condições e estilos de vida. De outro, inclui as idéias de desenvolvimento sustentável e ecologia humana. E, por fim, relaciona-se ao campo da democracia, do desenvolvimento e dos direitos humanos e sociais. No que concerne à saúde, as noções se unem em uma resultante social da construção coletiva dos padrões de conforto e tolerância que determinada sociedade estabelece, como parâmetros para si".

Educação para a Saúde

A Educação para a saúde, se constitui numa importante função para Enfermagem. Como tal, representa uma meta primária por meio da qual se ajuda o usuário a otimizar e/ou maximizar seu potencial individual. Isso a converte na principal estratégia, não somente para promover a saúde, senão também, por ser dirigida à doença ou à recuperação. Para cumprir suas metas, aborda um variado número de situações de ensino aprendizagem, através de diversas estratégias, métodos e técnicas, que requerem um adequado desenho de instrução, de tal forma que favoreçam cumprir com a finalidade de facilitar as ações voluntárias conducentes a um

melhor cuidado da saúde. De acordo com Wagner apud. Figueroa⁽⁴⁾ o desenho de instrução se define como:

"Um método sistemático de determinação e solução de problemas os quais se originam a partir de conhecimento ou de deficiências de habilidades do conhecimento"

O papel do educador em saúde exige uma preparação não só na área específica do desempenho profissional, como requer, além disso, um conhecimento no âmbito da educação, da ética e de uma postura filosófica frente a seu "que fazer". Isso lhe permitirá responder tanto as necessidades de aprendizagem dos usuários como também às situações próprias do campo da ética e a filosofia que lhe conduzam a favorecer a respeito à livre vontade do usuário⁽⁴⁾.

O profissional que educa em saúde deve permitir que exista sempre um equilíbrio entre o fundamento do que se ensina e o como é fundamentado para alcançar e despertar a curiosidade do usuário. Este último aspecto quer dizer, que, enquanto não for importante para a essência do ser o que se lhe está sendo apresentado, não encontrará um fundamento real para realizar ou cambiar uma determinada conduta. Isto implica que o educador deverá favorecer este equilíbrio, entregando conteúdos educativos essencialmente relevantes capazes de motivar uma conduta deliberada e intencional, e responsabilizando-se por desencadear o desejo de querer e conhecer de cada usuário, o que possibilita uma conduta ativa em seu processo educativo em saúde⁽⁴⁾.

Grupo

Para Freire⁽⁵⁾, um grupo é um conjunto de pessoas movidas por necessidades semelhantes, que se reúnem por necessidades específicas. Em um grupo, cada participante exercita sua fala, seu silêncio e defende seus pontos de vista, pois cada um é diferente do outro. Na vivência grupal, cada indivíduo vai percebendo, dentro de si, a presença do outro, constituindo assim, a característica primordial de um grupo.

Indivíduos podem ampliar o controle sobre suas vidas através da participação em grupos, visando transformações da realidade social e política. Com isso, há uma profunda distinção da abordagem tradicional centrada na mudança de comportamento individual. Nesta concepção, a prevenção dos agravos à saúde não é tratada isoladamente, mas sim como uma meta

a ser atingida com o desenvolvimento sustentado, a melhoria da qualidade de vida e a justiça social.

Não há dúvidas de que o grupo influencia o comportamento individual e que também o indivíduo influencia o comportamento do grupo. Esta influência mútua ocorre através do processo de comunicação e interação que ocorre no interior dos grupos.

Visita Domiciliar

A visita domiciliar constitui uma atividade de assistência à saúde exercida junto ao indivíduo, à família e à comunidade. Seu objetivo é contribuir para a efetivação das premissas de promoção de saúde definidas pela OMS, e adotadas também, pelo SUS no Brasil. É um método eficaz, pois pode despertar na população a preocupação para as questões de sua saúde, orientá-la na articulação com outros serviços para a resolução de seus problemas e fornece-lhe subsídios educativos para torná-la independente ⁽⁶⁾.

Para Costa⁽⁷⁾, a visita domiciliar tem por princípio que todas as atividades de Enfermagem junto à família tendem a ser eminentemente educativas, e como um processo educativo, ela tem a finalidade de auxiliar a família a ajudar-se a si mesma.

MARCO CONCEITUAL

" O marco conceitual é uma construção mental logicamente organizada, que serve para dirigir o processo de investigação..."⁽⁸⁾.

Optamos pela Teoria da Diversidade e Universalidade Cultural do Cuidado de Leininger, por nos identificarmos com seus princípios norteadores, representados no Modelo Sunrise (Sol Nascente).

A teoria da Diversidade e Universalidade do Cuidado Transcultural, conforme assinala Lenardt⁽⁹⁾, defende uma concepção de assistência que valoriza a cultura e o contexto social do ser humano, sugerindo um cuidado profissional harmonizado com as crenças, valores e modos de vida das pessoas. Essa teoria é uma das mais importantes entre todas da Enfermagem, pois ao propor um cuidado mais profissionalizado e humanizado ao ser humano, amplia os horizontes da ação profissional, para além da lógica técnico-científica.

Leininger nos aponta 3 formas de obter um cuidado culturalmente coerente, a partir das ações de Enfermagem, quais sejam:

Preservação/manutenção do cuidado cultural assistir, facilitar ou capacitar o indivíduo, que auxilia a preservar ou manter hábitos favoráveis de cuidado e de saúde. Acomodação/negociação cultural do cuidado-assistir, facilitar ou capacitar, que revela formas de capacitação, negociação ou ajustamento dos hábitos de saúde e de vida dos indivíduos ou clientes. Repadronização/reestruturação cultural do cuidado, auxiliar o cliente a mudar padrões de saúde ou de vida, de forma a tornar significativo ou congruente para ele próprio⁽¹⁰⁾.

Elegemos também, a proposta freireana por tratar-se de uma metodologia motivadora em que as conquistas das necessidades populares são resultados de transformações radicais no plano individual e coletivo, quando (e) o homem passa a ter uma concepção mais crítica de si e de sua situação no mundo. Esta é, sobretudo, uma forma de evidenciar conflitos, pois considera que o processo educativo é, acima de tudo, um processo de politização.

Quando operamos o Sistema Paulo Freire de Educação, estamos lidando com a categoria de *comunicação*. É nessa perspectiva que visualizamos a possibilidade de desenvolver, em saúde, uma prática educativa baseada, também, no referencial pedagógico de Freire, por considerarmos que saúde e educação se articulam enquanto práticas sociais.

Concordamos com Wosny¹¹, ao acreditarmos que a proposta de educação dialógica e problematizadora deste, pode proporcionar um partilhamento do conhecimento vivenciado entre os diversos atores do processo educativo em saúde, através de uma linguagem facilitadora da compreensão de sua realidade. Nesta concepção, o saber do educador imiscui-se ao conhecimento do educando, através de uma ação dialógica, interagem-se num processo educacional, culminando com uma visão de mundo menos alienada.

O método Paulo Freire parte sempre das fontes culturais e históricas dos indivíduos. O profissional deve, sempre, ser um inventor e re-inventor constante, em que educandos e educadores são mediados pelo objeto a ser desvelado. Devem ter uma atitude crítica em torno do objeto. Nesta relação educando/educador, ambos são curiosos acerca da análise do tema problematizado, sem transferência de conhecimento do educador ao educando. O que se estabelece é uma parceria de pessoas em relação dialógica num itinerário que questiona a natureza do conteúdo temático de forma que, além da apreensão, ocorre a possibilidade de produção conjunta de conhecimento, beneficiando, no caso de nossa prática assistencial, usuários e profissionais, numa proposta de promoção da saúde¹¹.

METODOLOGIA

Este relato de experiência partiu da proposta de prática assistencial exigida pela disciplina de Enfermagem Assistencial Aplicada da 8ª fase curricular do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC). Foi realizado na Unidade Sanitária Campo D' Una - um dos doze postos de saúde pertencentes ao município de Garopaba/SC.

Durante 2 meses em campo de estágio, foram acompanhadas aproximadamente 35 pessoas em condição crônica de saúde na atividades de grupo e em visitas domiciliares. Foram realizadas um mínimo de 3 visitas para 9 destas 35 pessoas. O restante integrou as atividades de grupo, propostas por microárea, nas quais participaram em média 8 pessoas por grupo.

As atividades foram desenvolvidas num processo de interação dialógico e participativo, donde buscou-se a compreensão de alguns aspectos relacionados a saúde e doença dos sujeitos, partindo sempre do contexto cultural em que estão inseridos.

O método de obtenção dos resultados deu-se através da observação e experiências vivenciadas pelas acadêmicas durante as atividades, quais sejam: de grupo ou visita domiciliar. Realizamos registros escritos de falas na íntegra e usamos também o uso de palavras-chave, as quais nos auxiliaram no registro, pois nos permitiram lembrar os fatos vivenciados durante o desenvolvimento de nossa prática assistencial. Esclarecemos aos sujeitos quais os objetivos e garantimo-lhes o sigilo e anonimato, identificando suas falas com nome de flores.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os métodos de trabalho favoreceram um maior contato com a cultura desta comunidade, através de um vínculo interativo, no qual pudemos perceber a importância de alguns valores relacionados aos cuidados de saúde para a mesma.

As questões pontuais emergentes durante este processo de interação, envolveram o bem estar geral (corpo e mente), bom relacionamento com as pessoas, alimentação adequada (saudável), não ter doença, não ter dor, poder trabalhar, tomar chás, uso correto de medicamento, fazer exercício físico, ter pensamento positivo e repousar. Essas medidas inter-relacionadas, representam conceitos de saúde e o que essas pessoas fazem para mantê-la.

Embora não tendo conhecimento científico, o contexto sócio-cultural favorece a prática de um saber popular que, quando influenciado por orientações profissionais, através de uma linguagem acessível, propicia um cuidado culturalmente coerente.

"Isso assusta a gente. Esse negócio de pressão alta de uma hora pra outra pode dar uma coisa. Ou mata, ou fica aleijado. Tem que cuidar bastante". (Cravo)

Nas dinâmicas de grupo, observamos que as discussões amenizaram e em alguns casos até sanaram as dúvidas diárias das pessoas acerca de sua doença. Além de proporcionarmos um espaço para troca de experiência entre os presentes, notamos que dicas de cuidado fluíam naturalmente, e que muitos "olhinhos atentos e duvidosos" captavam e levavam de exemplo o que os outros expunham no grupo.

Segundo Munari e Rodrigues⁽¹²⁾, é importante o que se aprende com o próprio grupo, pois através dessa vivência as pessoas podem aprender como são vistas por outras pessoas, como elas se colocam frente à si próprias, frente aos outros, e ainda porque agem de determinada forma nos seus relacionamentos.

A possibilidade do indivíduo partilhar, com outras pessoas, problemas semelhantes levam-no a perceber que não é o único que sofre ou tem dificuldades. A convivência com o grupo que congrega pessoas com problemas semelhantes proporciona uma experiência que pode desenvolver um clima de muito valor terapêutico. Essa situação ajuda os participantes a quebrarem barreiras criadas por sentimentos de solidão e isolamento, especialmente pela possibilidade de receberem "feed-back" e sugestões construtivas de outras pessoas que vivenciaram ou vivenciam os mesmos problemas⁽¹²⁾. Isto pode ser exemplificado através de algumas falas:

"Se ela (esposa) começar a caminhar, todo dia 10 metros a mais ,daqui a 1 mês ela tá andando 3-4 Km tranquilo". (Cravo)

"É, né?" (Todos os presentes concordaram)

"Parar de fumar não é difícil! Eu parei. É a cabeça, né?! Cada um tem que querer". (Orquídea)

"É...a gente pensa que é só a gente, né? Mas tem bastante gente que tem pressão alta". (Camélia)

Assim como nos grupos, a educação para saúde tem papel de destaque nas visitas domiciliares. Entretanto estas permitiram conhecer a realidade concreta das pessoas pois, a partir

de uma maior e mais específica interação pôde-se estabelecer um vínculo com a família em seu contexto e com isso, obter maior compreensão de sua cultura.

Freire defende que ensinar exige: respeito aos saberes dos educandos, aceitação do novo e rejeição a qualquer forma de discriminação, respeito à autonomia de ser do educando, a convicção de que a mudança é possível, disponibilidade para o diálogo, comprometimento, pesquisa, criticidade, ética e estética.

Freire⁽¹³⁾ reitera que uma das tarefas mais importantes da prática educativo-crítica é propiciar as condições em que os educandos em suas relações uns com os outros e todos com o professor ensaiam a experiência profunda de assumir-se. A relação professor/aluno (no caso, enfermeira/cliente) deve ser horizontal onde ambos mantêm o diálogo, posicionam-se e buscam, como sujeitos, a troca de conhecimentos e a superação das desigualdades.

A partir disso, acreditamos ser de fundamental importância a enfermeira dar-se conta de seu papel de educadora para a saúde, bem como de sua relevância na motivação, estímulo e busca de estratégias de ensino-aprendizagem que atendam aos reais anseios dos clientes, possibilitando aos mesmos e sua respectiva família condições para que possam perceber criticamente sua realidade e, a partir daí, desenvolver potencialidades que resultarão na solução de seus problemas de saúde de forma consciente e efetiva, melhorando, conseqüentemente, sua qualidade de vida.

Um indício de reconhecimento pôde ser observado no término das atividades no feed-back com os participantes. Algumas falas vem justificar a satisfação pelo trabalho desenvolvido, bem como um estímulo para a continuidade do mesmo, ainda que no decorrer do estágio.

"Vocês voltam pra trabalhar aqui? Seria muito bom, a gente já conhece."
(Lírio)

"Ai, vocês já vão? Ai, fica mais..". (Margarida)

"A gente aprende muita coisa que não sabe". (Violeta)

Buscamos em todos os momentos adotar uma postura freireana e transcultural, de respeito e não de poder nas atividades realizadas. Conseguimos conduzir os grupos e as visitas domiciliares num caráter de troca de conhecimentos, no qual ambos os envolvidos, acadêmicas de Enfermagem e usuário/cliente, cresceram juntos ao partilhar diferentes saberes.

Isto pode ser observado inclusive quando trouxemos informações, de caráter científico, que os mesmos nunca tinham tido acesso. Foi quando, a partir dos sintomas por eles mencionados, em contínua participação, relacionamos a fisiologia da doença, com auxílio de recursos didáticos, de forma que facilitou a apreensão dos participantes.

Os olhares atentos não negavam o interesse pelo assunto e conseqüente compreensão do que realmente lhes acontecia, pois, segundo os mesmos, jamais alguém havia se disposto a lhes explicar ou esclarecer dúvidas numa linguagem mais acessível.

Para nós, acadêmicas, fica a satisfação de ter tido a oportunidade de contribuir com essa parcela da comunidade, e o desejo que o conhecimento construído transforme-se em resultado através da mudança de alguns hábitos de vida prejudiciais aos seus atuais estados de saúde, ainda que respeitando seus antigos valores.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao avaliar o marco referencial utilizado, concluímos que este mostrou-se condizente ao alcance dos objetivos, dando-nos respaldo para que o desenvolvimento da prática obtivesse o êxito esperado.

Concordamos com Cartana e Heck⁽¹⁴⁾ quando afirmam que para alcançar a qualidade na prática da Enfermagem comunitária, é preciso entender inicialmente o que o cliente está expressando. Isso exige aproximação, investigação, observação atenta, abstenção de julgamentos prévios, tentando alcançar a visão da pessoa sobre sua própria doença, antes de classificá-la no modelo biomédico.

Tal constatação permitiu-nos concluir que o profissional enfermeiro tem extrema importância no papel de educador para saúde, pois pode promover orientação e servir de suporte para a adaptação, uma vez que a condição crônica acarreta situações de crise, limitações e perdas que irão influenciar em toda estrutura individual e familiar. Como exemplo deste trabalho, a Enfermagem dispõe, ainda, das atividades de grupo e visitas domiciliares como dois eficientes métodos de trabalho para o desenvolvimento de uma prática assistencial humanizada, a partir de um enfoque Transcultural e dialógico.

ABSTRACT

This work is about a story of experience lived deeply during the curricular period of training of 8^a phase of Nursing of the UFSC. It had as objective primordial, to give to care to the person in chronic condition of health and its family of a community of the south of Santa Catarina, referenciando the theory of Madeleine Leininger and Paulo Freire, with intention to promote its Quality of Life. We use as work methods the activities of group and the visits domiciliary. Through these, we could observe that the convivência in grupoo facilitates the understanding of its illness, being that, in the experience exchange, many doubts are solucionadas. We also work, with questions referring to that it is health and what they make to keep it, the answers incorporam manifestations not to have pain, to feed themselves adquadamente, to make physical exercise, to use the medicine correctly and to rest... Such constations allows to conclude us that the professional nurse has extreme importance in the paper of educator for health, therefore can promote orientation and serve of support for the adaptation, a time that the chronic condition causes situations of crisis, limitations and losses that will go to influence in all individual and familiar structure.

Keywords: chronic disease, health education, culture

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. SILVA, D. M^a. G. V. **Narrativas do viver com diabetes mellitus: experiências pessoais e culturais**. Florianópolis: UFSC; 2001.
2. WHOQOL Group, The World health Organization. Quality of Life Assessment. WHOQOL: position paper from the World Health Organization. **Social science and Medicine**, 1995; 41 (10): 1403 – 1409.
3. MINAYO, M. C. S., HARTZ, Z. M. A., BUSS, P. M. Qualidade de vida e saúde: um debate necessário. **Ciências & Saúde Coletiva**, 2000; 5 (1): 7-18.
4. FIGUEROA, A. A. Livre vontade do usuário frente à educação para a saúde. **Texto e Contexto de Enfermagem**, Florianópolis, 1997 set./dez.; 6 (3): 131-147.
5. FREIRE, M. O que é um grupo. In: GROSSI, E. P., BORDIN, J. **Paixão de aprender**. 7 ed. Petrópoles: Vozes; 1995.
6. MAZZA, M. M. P. R. A visita domiciliária como instrumento de assistência de saúde. **Rev. Bras. Cres. Des. Hum.**, São Paulo, 1994; IV (2): 60-68.

7. COSTA, J. Visitação domiciliária – base para o ensino de enfermagem na comunidade. **Enf. Nov. Dimen.**, 1977; 3 (2): 78-82.
8. NEVES, E. P., GONÇALVES, L. H. T. As questões do maço teórico nas pesquisas de enfermagem. In: Seminário Nacional de Pesquisa em Enfermagem. **Anais**. Florianópolis: UFSC; 1984: 210-229.
9. LENARDT, M. H. **O vivenciar do cuidado cultural na situação cirúrgica**. Dissertação (Mestrado em Assistência de Enfermagem) – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis: UFSC; 1996: 144.
10. GEORGE, J. B. **Teorias de Enfermagem**: os fundamentos para a prática profissional. Porto Alegre: Artes Médicas; 1993.
11. WOSNY, A. M. **Nasce o sol no sol nascente**: organização popular numa perspectiva problematizadora de educação e saúde. Dissertação (Mestrado em Assistência de Enfermagem) Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis: UFSC; 1994.
12. MUNARI, B. D., RODRIGUES, A. R. F. **Enfermagem e grupos**. Goiânia: AB; 1997.
13. FREIRE, P. **Pedagogia da autonomia**: saberes necessários à prática educativa. São Paulo: Paz e Terra; 1999.
14. CARTANA, M^a H. F., HECK, R. M^a. Contribuição da antropologia na enfermagem: refletindo sobre a doença. **Texto e Contexto de Enfermagem**, Florianópolis, 1997 set./dez.; 6 (3): 233-240.

IX. CONSIDERAÇÕES FINAIS

*“Duas estradas divergiam na
floresta e eu tomei a menos
trilhada. Isso fez toda
diferença”.*

(Robert Frost)

Considerando a literatura, observa-se que, historicamente, há diversas formas de interpretar e explicar a ocorrência das doenças, que influenciam a forma de se estruturar as intervenções no âmbito da educação em saúde. Apesar disso, a organização das ações educativas, ainda na atualidade, demonstra fragilidade na sua operacionalização aliada à falta de discussão aprofundada sobre os referenciais teóricos mais adequados à sua estruturação, nos diferentes modelos assistenciais adotados.

A comunicação é indispensável para a assistência à saúde, porquanto é o principal meio de veiculação do processo educativo. Todavia, a atividade de suporte aos programas de saúde constitui-se em recurso para estabelecer a confiança e a vinculação do usuário ao profissional e ao serviço de saúde.

Em atenção à saúde, a comunicação é "algo que se constrói", é ação intencional, dirigida e orientada para um interesse concreto. Os processos comunicativos baseiam-se em escutar o outro para compreender quais são as suas crenças, a sua situação e as suas possibilidades, podendo, assim, atuar conjuntamente. O conhecimento recíproco entre usuários e profissionais de saúde é a base para a comunicação. Mediante a troca de informações, crenças, valores e normas, almeja-se chegar a acordos que orientem, positiva e efetivamente, os fazeres dos profissionais e dos usuários para o atendimento às necessidades de saúde destes últimos e a consolidação das competências profissionais do trabalhador em saúde.

Retomando os preceitos de Briceño-Leon (1996), não há, então, atores privilegiados na luta pela saúde, há uns que sabem mais, outros que sabem menos. Há os que têm mais responsabilidades e os que têm menos. Há uns que são pagos e há outros que não são pagos, mas todos são responsáveis pela obtenção da saúde para todos. A educação como arte de usar os conhecimentos envolve um trabalho que deve, deliberadamente, buscar a participação dos indivíduos para assim obter e manter as metas de saúde. Para fazê-lo, é necessário conhecer o ser humano e suas circunstâncias e buscar contar com ele ou ela em todas as ações de saúde.

A educação não pode modificar muitas das condições objetivas, mas pretende conseguir mudar a maneira como os indivíduos encaram as condições objetivas. Sua ação pode ser, intencionalmente ou não, positiva no sentido de favorecer a participação e a responsabilidade individual, ou negativa no sentido de incentivar a passividade. Deve-se, todavia, ter consciência clara de que, somente com as pessoas trabalhando ativamente e com consciência, é possível tornar realidade a idéia de saúde para todos. Por conseguinte, a educação popular em saúde poderá contribuir para isso se forem consideradas as sete tese propostas pelo autor.

Os profissionais de saúde e a população devem compreender que a saúde das pessoas e de uma comunidade não depende somente das ações de saúde que são oferecidas pelos serviços de saúde. A própria população pode fazer muito por si mesma, desde que conte com os conhecimentos, a compreensão e a motivação, necessários para refletir sobre a saúde, adotar práticas para sua melhoria ou manutenção, propor e realizar mudanças para as soluções de seus problemas.

O fato de termos vivenciado nossa prática assistencial num local ainda não explorado por outros grupos de estágio da Universidade Federal de Santa Catarina, deve servir de estímulo a outros acadêmicos da área. A comunidade em questão demonstra grande necessidade e receptividade quanto ao trabalho relacionado à educação em saúde, constituindo-se de sujeitos em potencial para o estudo.

Além disso, toda a equipe colaborou para o desenvolvimento desta prática, proporcionando-nos total liberdade e apoio, que nos permitiu, principalmente, a elaboração de novos instrumentos de registro, visando uma melhor operacionalização do processo de trabalho e, conseqüentemente, favorecendo o repensar de práticas e de abordagens educativas para a saúde.

Constatou-se que 02 meses foi pouco tempo para compreender toda a lógica cultural da comunidade e efetuar uma assistência causadora de notórios impactos. No entanto, este

trabalho trouxe-nos uma gama de experiências significativas, estimulando um crescimento pessoal que, além de contribuir com o despertar para melhoria da qualidade de vida dos indivíduos/família e grupo, certamente, servirá de base para nossa vida profissional.

Acredita-se que os objetivos foram alcançados, possibilitando o desenvolvimento da Prática Assistencial fundamentada no cuidado culturalmente coerente e em uma dimensão participativa dialógica. Pretendeu-se buscar nas raízes da comunidade em questão, a maneira com que lidam com sua condição crônica de saúde e a partir disso, realizou-se uma prática educativa que promoveu, se não um viver mais saudável, o despertar para a possível melhora da qualidade de vida.

X. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALMEIDA, F. D. O. **O cuidado à puerpera acompanhada do familiar na maternidade e domicílio: uma abordagem cultural.** Dissertação (Mestrado em Assistência de Enfermagem) – Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis: UFSC, 2000.

ARAÚJO, M.J.B. **Ações de enfermagem em saúde pública.** 4 ed. v.1. Rio de Janeiro: M.J.Bezerra de Araújo, 1995.

BELTRAME, V. **O cuidado cultural compartilhado em grupo com pessoas em condições de diabetes mellitus.** Concórdia: UFSC, 2000, 166p. Dissertação (Mestrado em Assistência de Enfermagem) PEN/UFSC.

BEYERS, M., DUDAS, S. **Enfermagem Médico-Cirúrgica: tratado de prática clínica.** 2.ed. v.2. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1989.

BOTSARIS, A.S. **Fitoterapia chinesa e plantas brasileiras.** São Paulo: Ícone, 1995.

BRANDÃO, C. R. **O que é o método Paulo Freire.** 17.ed. São Paulo: Brasiliense, 1990.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Programa de Saúde da Família.** Disponível em: <<http://www.saude.gov.br>>. Acesso em 20 dezembro 2001.

_____. Ministério da Saúde. **Caderno de atenção básica nº7 – hipertensão arterial sistêmica e diabetes mellitus.** Brasília, 2001.

CARATANA, M^a. H. F., HECK, R. M^a. Contribuição da antropologia na enfermagem: refletindo sobre a doença. **Texto & contexto de Enfermagem**, Florianópolis, v. 6, n. 3, p. 233 – 240, set./dez. 1997.

CATÃO, F.. **A pedagogia ética.** Rio de Janeiro: Vozes, 1995.

CRITELLI, D.M.. **Educação e dominação cultural: tentativa de reflexão ontológica.** São Paulo: Cortez, 1981.

ELDIN, S., DUNFOND, A. **Fitoterapia na atenção primária à saúde.** São Paulo: Manole, 2001.

FERRANS, C. E. et al. Quality of life index: development and psychometric properties. **Adv. Nurs. Sci. USA**, v. 1, n.8, p. 15-24, 1985.

FIGUEROA, A. A. Livre vontade do usuário frente à educação para a saúde. **Texto & Contexto de Enfermagem**, Florianópolis, v.6, n.3, p.131–147, set./dez. 1997.

FONTINELE Jr, K. **Programa Saúde da Família (PSF) comentado**. Goiânia: Cultura e Qualidade, 2003.

FRACOLLI, L.A., BERTOLOZZI, M.R. A abordagem do processo saúde-doença das famílias e do coletivo. In: Ministério da Saúde. **Manual de Enfermagem – Programa Saúde da Família**. São Paulo: USP, 2001. p.7.

FRANCIONE, F. **Grupo de Convivência**: uma alternativa para o processo de aceitação do viver com diabetes mellitus, Florianópolis: UFSC, 2002, 129p. Dissertação (Mestrado em Assistência de Enfermagem) PEN/UFSC.

FREIRE, M. O que é um grupo. In: -GROSSI, E.P., BORDIN, J. **Paixão de aprender**. 7.ed. Petrópolis: Vozes, 1995.

FREIRE, P. **Conscientização**. São Paulo: Editora Moraes LTDA, 1980.

_____. **Ação cultural para a liberdade e outros escritos**. 8 . ed. São Paulo: Paz e Terra, 1987.

_____. **Educação e mudança**. 2. Ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1979.

_____. **Pedagogia da autonomia**: saberes necessários a prática educativa. 21 ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2002.

_____. **Pedagogia da autonomia**: saberes necessários à prática educativa. São Paulo: Paz e Terra, 1999.

_____. **Pedagogia do Oprimido**. 6 ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1979.

GADOTTI, M. **Paulo Freire – Uma Biobibliografia**. 1ª reimpressão. São Paulo: Ed. Cortez, 1997.

GEORGE, J.B. **Teorias de Enfermagem**. 4 ed. Porto Alegre: Artmed, 2000.

GEORGE, J.B. **Teorias de enfermagem**: os fundamentos para a prática profissional. Porto Alegre: Artes Médicas, 1993.

GLONEK, C., PERFEITO, G.S., RONCHI, W.P. **A prática de enfermagem como processo educativo em saúde**: uma proposta em busca de uma práxis crítica e criativa no trabalho do agente comunitário de saúde. Florianópolis: UFSC, 2003. Projeto Assistencial.

GUYTON, A.C., HALL, J. **Tratado de fisiologia médica**. 9.ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1997.

KAWAMOTO, E. E.; SANTOS, M. C. H.; MATTOS, T. M. **Enfermagem Comunitária**. São Paulo: EPU, 1995.

KLEINPELL, R. M. Concept analysis of quality of life. **Applied Research**, v. 10, n. 4, p. 223-229, 1991.

LEOPARDI, M^a. T. **Teorias em enfermagem**: instrumentos para a prática. Florianópolis: Papa-Livros, 1999.

MARCELINO, Silvana et al. Avaliação em uma perspectiva constutivista: aproximação com o desempenho profissional da Enfermagem. **Revista Texto e Contexto Enfermagem**. Florianópolis, v.8, n.1, p.93-105, jan/abril, 1999.

MARTINS, R.C. **Cultura Açoriana e Santa Catarina**. Tubarão: Unisul, 1998.

MEEBERG, G. A. A. Quality of life: a concept analysis. **J. Adv. Nurs.**, v. 18, n. 1, p. 32-38. jan., 1993.

MINAYO, M. C. S.; HARTZ, Z. M. A.; BUSS, P. M. Qualidade de vida e saúde: um debate necessário. **Ciência & saúde Coletiva**, v. 5, n. 1, p. 7-18, 2000.

MIRANDA, S. de. **Oficina de dinâmica de grupos**: para empresas, escolas e grupos comunitários. v.2, Campinas: Papirus, 2000.

MONTICELLI, M., ALONSO, I.L.K, LEOPARDI, M.T. Madeleine Leininger: teoria de enfermagem transcultural. In: LEOPARDI, M.T. **Teorias em enfermagem**: instrumentos para a prática. Florianópolis: Papa Livro, 1999.

MONTECELLI, M. **Nascimento com um ritmo de passagem**: abordagem para o cuidado às mulheres e recém-nascidos. São Paulo: Roubes, 1997.

MUNARI, B.D., RODRIGUES, A.R.F. **Enfermagem e grupos**. Goiânia: AB, 1997.

NEVES, E.P., GONÇALVES, L.H.T. As questões do maço teórico nas pesquisas de enfermagem. In: Seminário Nacional de Pesquisa em Enfermagem. **Anais**. Florianópolis: UFSC, 1984, p.210-229.

NOGUEIRA, M.J. & FONSECA, R.M.G.S. VER. ESC. ENF., v.11, n.1, p.28-50, 1977.

OLIVEIRA, J.E.P, MONTEIRO, J.B.R, ARAÚJO, CGS. Diabetes melito tipo 2: terapêutica clínica prática. Rio de Janeiro: Medlini, 2003.

PADILHA, M.I.C.S, RABELO, S.E. A qualidade de vida e cliente diabético: um desafio para cliente e enfermeira. **Revista Texto & Contexto Enfermagem**, Florianópolis. v.8, n.3, p.250-256, set/dez. 1999.

PADILHA. M. I. C., SOUZA, L. N. A. Qualidade de vida – reflexão de enfermeiras. **Texto e Contexto de enfermagem**, Florianópolis, v. 8, n. 3, p. 11-26, 1999.

PATRÍCIO, Z.M. Promovendo a cidadania através do conceito cuidado. **Revista Texto & Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v.1, n.1, p.89-106, jan/jun. 1992.

_____. **Ser saudável na felicidade-prazer** – uma abordagem ética e estética pelo cuidado holístico-ecológico. Florianópolis: Universitária/UFPEI. PPG em Enfermagem. Série teses de enfermagem, 1996.

PEREIRA, E.M, CARVALHO, V.L. Educação e qualidade de vida das pessoas aposentadas sob a ótica da enfermagem transcultural. **Revista Texto & Contexto Enfermagem**, Florianópolis. v.8, n.3, p.111-113, set/dez. 1999.

PIRES, G.L.; MATIELLO, Jr E. ; GONÇALVES, A . Alguns olhares sobre aplicações do conceito de qualidade de vida em educação física/ciências do esporte. **Rev. Brás. Ciências do esporte**, v. 20, n. 1, set., 1998.

RIOS, T.A.. **Ética e competência**. 2. ed.. Porto Alegre: Cortez, 1994.

ROS, S.Z. da. **Pedagogia materna e relações sociais**. Florianópolis: UFSC, 1997.

ROSA, S.S. **Construtivismo e mudança**. 2. ed. São Paulo: Cortez, 1994.

SANTOS, Emílio dos. **O olhar de Florianópolis**. Florianópolis: UFSC, 1997.

SILVA, D. M^a. G. V. **Narrativas do viver com diabetes mellitus**: experiências pessoais e culturais. Florianópolis: UFSC, 2001.

SILVA, M.C.F, FUREGATO, A.R.F., COSTA Jr, M.L.C. Depressão: pontos de vista e conhecimento de enfermeiros da rede básica de saúde. **Revista Latino-americana de Enfermagem**. v.11. n.1, p.7-13, jan/fev. 2003.

SMELTZER, S.C, BARE, B.G. **Tratado de Enfermagem Médico-Cirúrgica**. 9.ed. v.1-2. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002.

STEWART, A . L. Conceptual and methodologic issues in defining quality of life: atate of art. **Prog. Cardiovasc. Nurs**, v.7, n. 1, p. 3-11, 1992.

SALES, Ivandro da Costa. **Educação Popular**: outros caminhos. João Pessoa: Editora Universitária da UFPB, 2001, p.111-122.

TAKAHASHI, R.F., OLIVEIRA, M.A.C. A visita domiciliária no contexto da Saúde da Família. In: Ministério da Saúde. **Manual de Enfermagem – Programa Saúde da Família**. São Paulo: USP, 2001. p.43-45.

TEIXEIRA, C.F. Saúde da Família, promoção e vigilância: construindo a integralidade da atenção à saúde no SUS. **Revista Brasileira de Saúde da Família**. n. 7, abril, 2004.

TRAMONTINA, P. C.; ZANINI, T. C. V. **Construindo uma Consciência Coletiva voltada para a Prevenção de Acidentes na Infância**: uma proposta baseada na Educação em Saúde.

Florianópolis, 2002. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Enfermagem) Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis.

TRENTINI, M., GONÇALVES, L.T. Pequenos grupos: um método no desenvolvimentos de tecnologias em enfermagem. **Revista Texto & Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v.9, n.1, jan/abr. 2000.

TRENTINI, M., SILVA, D.M.G.V. da. Condição Crônica de Saúde e o processo de ser saudável. **Revista Texto & Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v.1, n.2, p.76-88, jun/dez. 1992.

TWYCROSS, R. Cuidado del paciente con cáncer avanzado. **Programa de medicina paleativa da Argentina**, 1986. p. 8-11.

WHOQOL Group, The World Health Organization. Quality of Life Assessment. WHOQOL: position paper from the World Health Organization. **Social science and Medicine**, v. 41, n. 10, p. 1403-1409, 1995.

WOSNY, A. M. **Nasce o sol no sol nascente**: organização popular numa perspectiva problematizadora de educação e saúde. Dissertação (Mestrado em Assistência de Enfermagem) Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis: UFSC, 1994.

ZIMERMAN, D.E., OSÓRIO, L.C. **Como trabalhamos em grupos**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1997.

Anexo I – Plano de Visita Domiciliar

PLANO DE VISITA DOMICILIAR

1. DADOS DE IDENTIFICAÇÃO:

Nome: _____
Número do Prontuário SUS: _____ Número da Visita: _____
Sexo: _____ Idade: _____ Profissão: _____
Endereço Residencial: _____ Telefone: _____

2. CONDIÇÕES DE SAÚDE DO CLIENTE/FAMÍLIA:

3. OBJETIVOS DA VISITA:

4. ATIVIDADES PREVISTAS:

5. MATERIAL PREVISTO:

REGISTRO DA VISITA DOMICILIAR:

S - _____

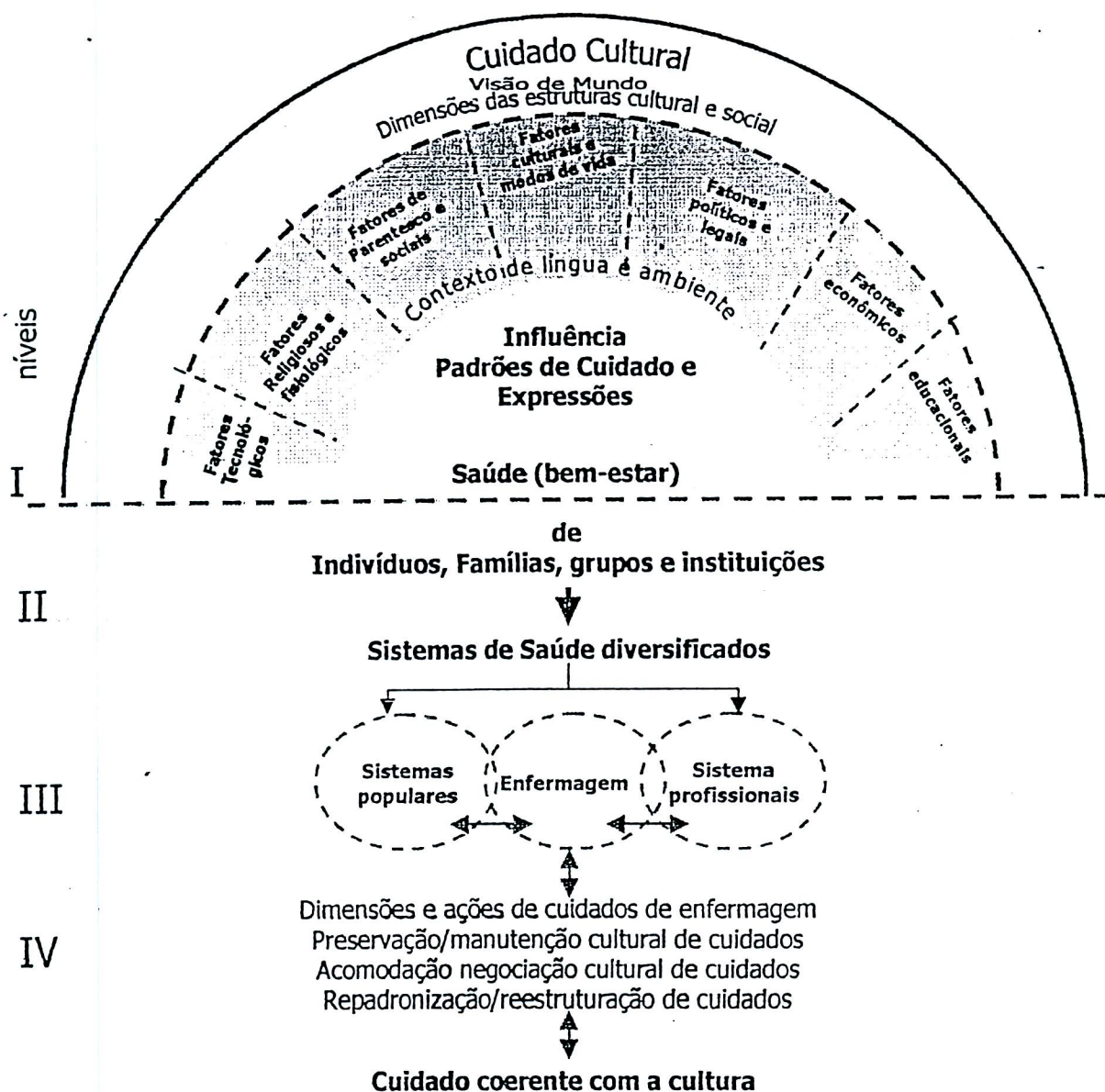
O - _____

A - _____

P - _____

Data: _____ Assinatura: _____

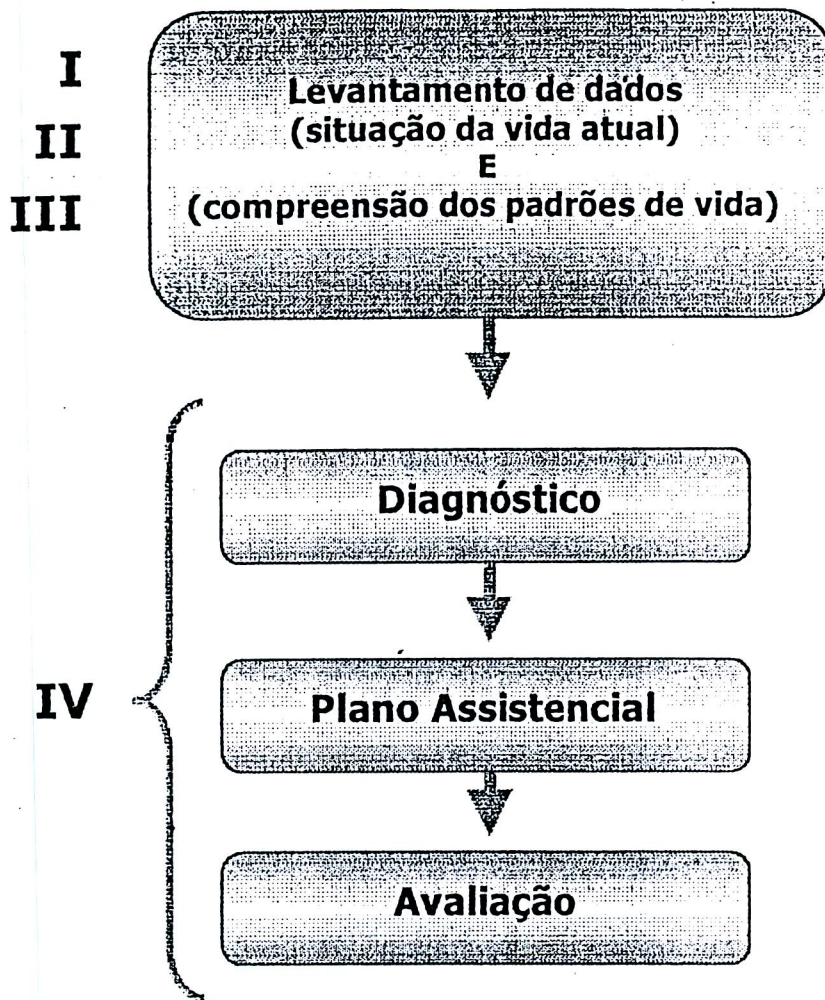
Anexo II – Modelo do Sol Nascente



Fonte: MONTICELLI, M., ALONSO, I. L. K, LEOPARDI, M. T. Madeleine Leininger: teoria de enfermagem transcultural. In: LEOPARDI, M. T. Teorias em enfermagem: instrumentos para a prática. Florianópolis: Papa Livro, 1999. p. 100

Anexo III – Processo de Enfermagem de Leininger

PROCESSO DE ENFERMAGEM



Fonte: MONTICELLI, M., ALONSO, I. L. K, LEOPARDI, M. T. Madeleine Leininger: teoria de enfermagem transcultural. In: LEOPARDI, M. T. Teorias em enfermagem: instrumentos para a prática. Florianópolis: Papa Livro, 1999. p. 101

Anexo IV – Instrumento de serviço SIAB



**Sistema Único de Saúde
MUNICIPAL DE SAÚDE**

DIÁRIO DE ATIVIDADES DE ENFERMAGEM E ATENDIMENTO MÉDICO

[illegible]

FICHA PARA REGISTRO DE:
RETIRADA DE PONTOS, SUTURA E OUTROS
PROCEDIMENTOS ESPECIAIS

Mês: _____ Local: _____

THE PROPOSAL



BOLETIM
DIÁRIO DE ATIVIDADES DE ENFERMAGEM

Local:

ALLEN(1)E-NIE

D - DIARRÉIA
CM - COLETA DE MATERIAL
CR - CURATIVO
I - INJEÇÃO
NB - NEBULIZAÇÃO
PTA - PRESSÃO E TEMP. ADULTO
RE - REUNIÃO EDUCATIVA
VD - VISITA DOMICILIAR
RP - RETIRADA DE PONTO

ASSINATURA DO RESPONSÁVEL

[illegible]

Obs.: Só os profissionais do PSF deverão preencher este instrumento.

MUNICÍPIO (nome):		MUNICÍPIO (código)										URUBANDI		ARUA	
MICROÁREA		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Total			
CRIANÇAS	Nascidos vivos no mês														
	RN pesados ao nascer														
	RN pesados ao nascer, com peso < 2500g														
	De 0 a 3 meses ou 29 dias														
	Aleitamento exclusivo														
	Aleitamento misto														
	De 0 a 11 meses ou 29 dias														
	Com as vacinas em dia														
	Pesadas														
	Desnutridas														
GEST.	De 12 a 23 meses ou 29 dias														
	Com vacinas em dia														
	Pesadas														
	Desnutridas														
	Menores de 2 anos														
	Que tiveram diarreia														
	Que tiveram diarreia e usaram TRO														
	Que tiveram infecção respiratória aguda														
	Cadastradas														
	Acompanhadas														
Com vacina em dia															
Fez consulta de pré-natal no mês															
Com pré-natal iniciado no 1º TRI															
< 20 anos cadastradas															

	Cadastrados Acompanhados	Cadastrados Acompanhados	Total
Hipertensos			
Pessoas com Tuberculose			
Pessoas com Hanseníase			
Menores de 5 anos por pneumonia			
Menores de 5 anos por desidratação			
Por abuso de álcool			
Por complicações do Diabetes			
Por outras causas			
Total			
Internações em hospital psiquiátrico			
De menores de 28 dias			
Por diarreia			
Por infecção respiratória aguda			
Por outras causas			
De 28 dias a 11 meses ou 29 dias			
Por diarreia			
Por infecção respiratória			
Por outras causas			
De menores de 1 ano			
Por diarreia			
Por infecção respiratória			
Por outras causas			
De mulheres de 10 a 49 anos			
De 10 a 14 anos			
De 15 a 19 anos			
Outros óbitos			
Total de óbitos			
De adolescentes (10 - 19 anos) por violência			
Total de famílias cadastradas no PSF			
Vizita domiciliar - ACS			



MUNICÍPIO	SEGMENTO	UNIDADE	ÁREA	MÊS	ANO

RELATÓRIO DE PRODUÇÃO E DE MARCADORES PARA AVALIAÇÃO

ATIVIDADES/PRODUÇÃO		
Residentes totais da área de abrangência		
CONSULTAS MÉDICAS	Residentes	
	na área de abrangência	
	até 14 anos	
	15 - 19	
	20 - 39	
	40 - 49	
	50 - 59	
	60 ou mais	
	Total	
Total geral de consultas		
Atendimento de Médico e de Enfermeiro	Puericultura	
	Pré - Natal	
	Prevenção do Câncer Cérvico - Uterino	
	DST/AIDS	
	Diabetes	
	Hipertensão Arterial	
	Hanseníase	
	Tuberculose	
Solicitação médica de exames complementares	Patologia Clínica	
	Radiodiagnóstico	
	Citopatológico cérvico - vaginal	
	Ultrassonografia obstétrica	
	Outros	
Encaminhamentos médicos	Atend. Especializado	
	Internação Hospitalar	
	Urgência/Emergência	
Internação Domiciliar		
PROCEDIMENTOS	Atendimento específico para AT	
	Visita de Inspeção Sanitária	
	Atend. Individual Enfermeiro	
	Atend. Individual outros prof. nível superior	
	Curativos	
	Inalações	
	Injeções	
	Retiradas de pontos	
	Terapia da Reidratação Oral	
	Sutura	
	Atend. Grupo - Educação em Saúde	
	Procedimentos Coletivos I (PC I)	
	Reuniões	

MARCADORES	
Valvulopatias reumáticas em pessoas de 5 a 14 anos	
Acidente Vascular Cerebral	
Infarto Agudo do Miocárdio	
DHEG (forma grave)	
Doença Hemolítica Perinatal	
Fraturas de colo de fêmur em > 50 anos	
Meningite tuberculosa em menores de 5 anos	
Hanseníase com grau de incapacidade II e III	
Citologia Oncótica NIC III (carcinoma in situ)	
RN com peso < 2500g	
Gravidez em < 20 anos	
Hospitalizações em < 5 anos por pneumonia	
Hospitalizações em < 5 anos por desidratação	
Hospitalizações por abuso de álcool	
Hospitalizações por complicações do Diabetes	
Hospitalizações por qualquer causa	
Internações em Hospital Psiquiátrico	
Óbitos em < 1 ano por todas as causas	
Óbitos em < 1 ano por diarreia	
Óbitos em < 1 ano por infecção respiratória	
Óbitos de mulheres de 10 a 49 anos	
Óbitos de adolescentes (10 - 19) por violência	

VISITAS DOMICILIARES	
Médico	
Enfermeiro	
Outros profissionais de nível superior	
Profissionais de nível médio	
ACS	
Total	

[illegible]

HOSPITALIZAÇÕES					
DATA	NOME	ENDEREÇO	SEXO	IDADE	NOME DO HOSPITAL

ÓBITOS			
DATA	NOME	ENDEREÇO	CAUSA

FICHA - D

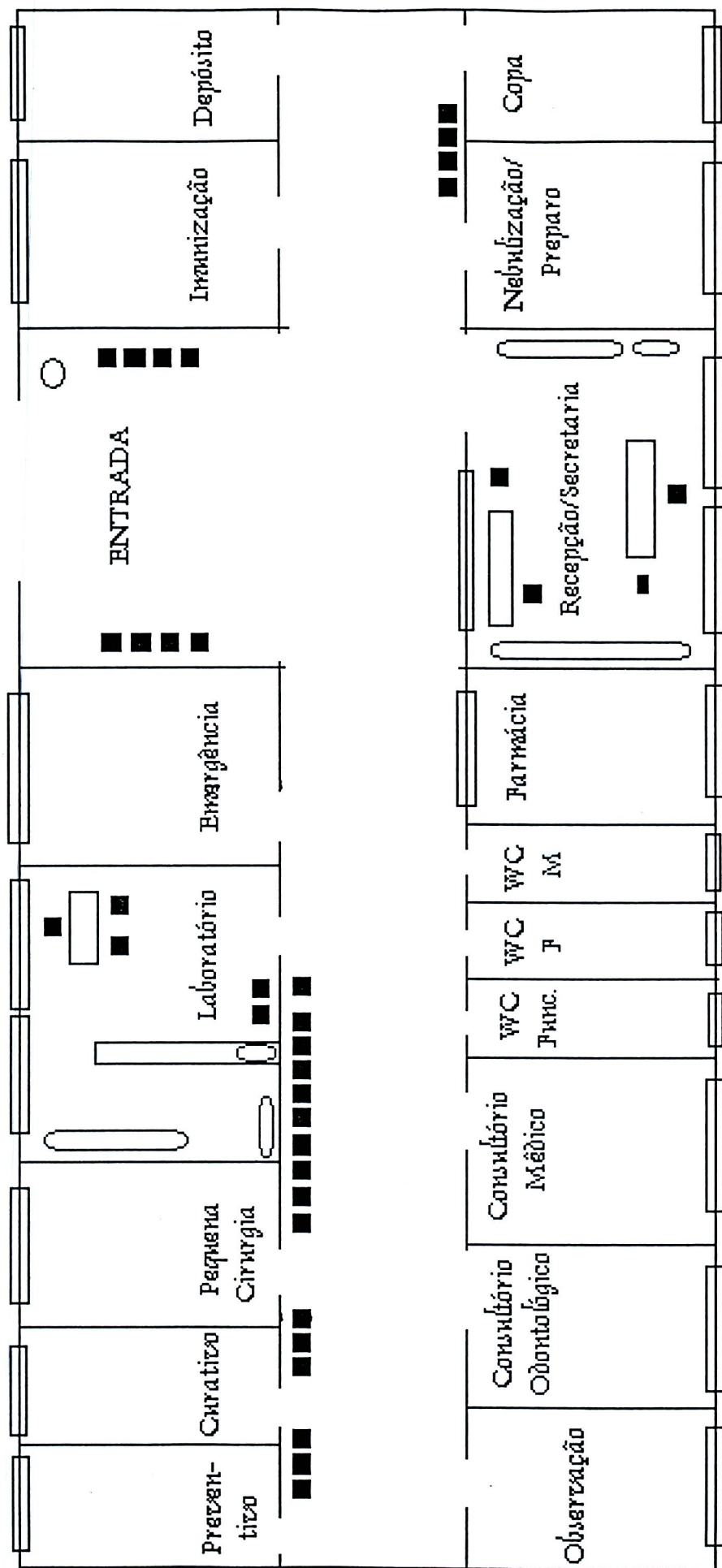
ANO

[illegible]

REGISTRO DE ATIVIDADES, PROCEDIMENTOS E NOTIFICAÇÕES

[illegible]

Anexo V – Planta física da Unidade Sanitária Campo D'Una



Anexo VI – Carta de aceite para a realização do trabalho



PREFEITURA MUNICIPAL DE GAROPABA
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAUDE

Garopaba, 31 de Março de 2004.

OFÍCIO 027/04 SMS - DT

De: Paulo Sérgio de Araújo (Secretário de Saúde)

Para: Acadêmicas de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina - UFSC

Venho, por meio deste, informar-lhes sobre a ciência e consentimento da realização do Projeto Assistencial das acadêmicas de Enfermagem **Carla Cavaler Garcia, Mariana Pereira Martendal e Thaise Alana Goronzi** da Universidade Federal de Santa Catarina, na Unidade Sanitária Campo D'Una (área 005 deste município) sob a supervisão da Enfermeira **Cristiane Macuglia**.

Atenciosamente


Paulo Sérgio de Araújo

Anexo VII – Relatório do SIAB

SIAB – CAMPO D'UNA (jan-mar 2004)

DIABÉTICOS	JANEIRO	FEVEREIRO	MARÇO
Cadastrados	42	45	35
Acompanhados	37	45	32
Pessoas de 20 anos e mais	1.925	1.925	1.925
% DM acompanhados	88,10	100,00	91,43
% Prevalência de DM de 20 anos e mais	2,18	2,34	1,82

HIPERTENSOS	JANEIRO	FEVEREIRO	MARÇO
Cadastrados	260	221	191
Acompanhados	228	217	183
Pessoas de 20 anos e mais	1.925	1.925	1.925
% HAS acompanhados	87,69	98,19	95,81
% Prevalência de HAS de 20 anos e mais	13,51	11,48	9,92

	JANEIRO	FEVEREIRO	MARÇO
TOTAL de famílias acompanhadas	856	862	857
Nº de visitas realizadas	613	756	736

MICROÁREA 1

Agente Comunitária: Elis

Nº de pessoas acompanhadas: 559

DIABÉTICOS	JANEIRO	FEVEREIRO	MARÇO
Cadastrados	13	13	13
Acompanhados	10	13	10

HIPERTENSOS	JANEIRO	FEVEREIRO	MARÇO
Cadastrados	75	74	73
Acompanhados	65	70	65

	JANEIRO	FEVEREIRO	MARÇO
TOTAL de famílias acompanhadas	234	236	234
Nº de visitas realizadas	180	210	180

MICROÁREA 2

Agente Comunitária: Maricléia

Nº de pessoas acompanhadas: 405

DIABÉTICOS	JANEIRO	FEVEREIRO	MARÇO
Cadastrados	8	10	0
Acompanhados	8	10	0

HIPERTENSOS	JANEIRO	FEVEREIRO	MARÇO
Cadastrados	73	33	3
Acompanhados	65	33	3

	JANEIRO	FEVEREIRO	MARÇO
TOTAL de famílias acompanhadas	190	196	195
Nº de visitas realizadas	100	150	170

MICROÁREA 3
Agente Comunitária: Rosane
Nº de pessoas acompanhadas: 482

DIABÉTICOS	JANEIRO	FEVEREIRO	MARÇO
Cadastrados	12	12	12
Acompanhados	10	10	10

HIPERTENSOS	JANEIRO	FEVEREIRO	MARÇO
Cadastrados	59	58	59
Acompanhados	45	58	59

	JANEIRO	FEVEREIRO	MARÇO
TOTAL de famílias acompanhadas	225	223	221
Nº de visitas realizadas	172	198	192

MICROÁREA 4
Agente Comunitária: Eliza
Nº de pessoas acompanhadas: 479

DIABÉTICOS	JANEIRO	FEVEREIRO	MARÇO
Cadastrados	9	10	10
Acompanhados	9	10	10

HIPERTENSOS	JANEIRO	FEVEREIRO	MARÇO
Cadastrados	53	56	56
Acompanhados	53	56	56

	JANEIRO	FEVEREIRO	MARÇO
TOTAL de famílias acompanhadas	207	207	207
Nº de visitas realizadas	161	198	194

**Anexo VIII – Programação do I Ciclo de Gestão em Enfermagem e Saúde/UFSC e
Declaração de participação**



1º CICLO DE GESTÃO EM ENFERMAGEM E SAÚDE

PROGRAMAÇÃO

27/05/2004 - QUINTA-FEIRA						
Sessão Solene de Abertura			Auditório do Centro de Ciências da Saúde (CCS/UFSC)			
Intervalo						
Temática			Convidados			
Nº	Horário			Tempo Expositor	Tempo Debate	Local
1.	9h45min – 11h45min	A Gestão da Secretaria Estadual de Saúde	Enfermeira Mestre Maria Teresa Löcks – Diretora de Regulação e Auditoria do Sistema da Secretaria Estadual de Saúde Coordenação: Enª M.Sc. Márcia Cruz Gerges	75 minutos	45 minutos	Auditório CCS/UFSC
2.	13h50min – 15h30min	A Gestão de Serviços de Enfermagem em Hospitais – Experiências e Idéias Inovadoras	Enfermeira Mestranda Maria Teruzinha Honório, Coordenadora da CPMA (Comissão Permanente de Materiais Assistenciais) Hospital Universitário da UFSC – Florianópolis - SC Enfermeira Especialista Sônia Regina Wagner de Almeida, Gerente de Enfermagem do Hospital Regional Dr. Homero de Miranda Gomes-São José –SC Coordenação: Enª Dra. Alacoque Lorenzini Erdmann	35 minutos 35 minutos	30 minutos	Auditório CCS/UFSC
	15h30min – 15h45min	Intervalo				
3.	15h45 – 17h	A importância do Planejamento para a Gestão de Serviços na Área de Saúde	Médico Doutor Flávio Ricardo Liberali Magajewski, Diretor de Planejamento e Coordenação (DIRP) da Secretaria Estadual de Saúde de Santa Catarina Coordenação: Enª Dda. Maria Anice da Silva	50 minutos	25 minutos	Auditório CCS/UFSC
4.	17h – 18h	1ª Sessão Pública de exposição dos pôsteres das monografias dos alunos do Curso de Especialização em Gestão dos Serviços de Enfermagem	15 Alunos concluintes do Curso Especialização em Gestão dos Serviços de Enfermagem			Hall do Pavilhão Didático CCS/UFSC
	18h – 18h15min	Intervalo				
5.	18h15min – 19h15min	Sessão de debates da 1ª Sessão Pública de exposição dos pôsteres das monografias dos alunos do Curso de Especialização em Gestão dos Serviços de Enfermagem	15 Alunos concluintes do Curso Especialização em Gestão dos Serviços de Enfermagem			Auditório CCS/UFSC

APOIO:



ABEN/SC
ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE ENFERMAGEM
SEÇÃO SANTA CATARINA



CALENF
CENTRO ACADÊMICO
LIVRE DE ENFERMAGEM

1º CICLO DE GESTÃO EM ENFERMAGEM E SAÚDE

28/05/2004 - SEXTA-FEIRA

Nº	Horário	Temática	Convidados	Tempo Expositor	Tempo Debate	Local
6.	8h30 – 10h20min	A Gestão de Serviços de Enfermagem e Saúde no SUS – Experiências e Idéias Inovadoras no município de Chapecó	Enfermeira Especialista Marlene Madalena Possan Foschiera, Ex-Secretária Municipal de Saúde de Chapecó Coordenação: En ^o Dr. Gelson Luiz de Albuquerque	60 minutos	50 minutos	Auditório do Hospital Universitário (HU/UFSC)
	10h20min-10h40min	Intervalo				
7.	10h40min-12h30min	Qualidade em Serviços de Enfermagem e Saúde	Enfermeira Doutora Tamara Ivanow Cianciarullo, Universidade de São Paulo Coordenação: En ^o Dr ^a Flávia Regina Souza Ramos	60 minutos	50 minutos	Auditório do Hospital Universitário (HU/UFSC)
8.	14h20min – 16h20min	A Importância da Gestão para o Sistema Único de Saúde	Enfermeiro Doutor Dário Frederico Pasche, Coordenador-Geral do Departamento de Apoio à Descentralização – SE/MS - Ministério da Saúde Coordenação: En ^o Dr. Gelson Luiz de Albuquerque	70 minutos	50 minutos	Auditório do CCS/UFSC
	16h20min – 16h35min	Intervalo				
9.	16h35min – 17h35min	2ª Sessão Pública de exposição dos pôsteres das monografias dos alunos do Curso de Especialização em Gestão dos Serviços de Enfermagem	15 Alunos concluintes do Curso Especialização em Gestão dos Serviços de Enfermagem			Hall do Pavilhão Didático do CCS/UFSC
	17h35min – 17h45min	Intervalo				
10.	17h45min – 19h	Sessão de debates da 2ª Sessão Pública de exposição dos pôsteres das monografias dos alunos do Curso de Especialização em Gestão dos Serviços de Enfermagem	15 Alunos concluintes do Curso Especialização em Gestão dos Serviços de Enfermagem			Auditório do CCS/UFSC
	19h-19h20min	Sessão Solene de Encerramento			1	Auditório do Centro de Ciências da Saúde (UFSC)
	21h15min	Jantar por Adesão	Vendas de convites até as 17h do dia 27/05-2004, com os monitores do evento	A definir		

APOIO:



ABEN/SC
ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE ENFERMAGEM
SEÇÃO SANTA CATARINA



CALENF
CENTRO ACADÊMICO
LIVRE DE ENFERMAGEM



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
CAMPUS UNIVERSITÁRIO - TRINDADE
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM
CEP.: 88040-970 - FLORIANÓPOLIS - SANTA CATARINA
Tel. (048) 331.9480 - 331.9399 Fax (048) 331.9787

DECLARAÇÃO

Declaro para os devidos fins, que as alunas **Carla Cavaler Garcia, Mariana Pereira Martendal e Thaise Alana Goronzi** participaram do *1 Ciclo de Gestão de Enfermagem e Saúde* promovido pelo Curso de Especialização em Gestão dos Serviços de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina, realizado nos dias 27 e 28 de maio de 2004, perfazendo um total de 20 horas.

Florianópolis, 21 de junho de 2004

Prof. Dr. Gelson Luiz de Albuquerque -
Coordenador do Curso de Especialização em Gestão dos Serviços de Enfermagem

Anexo IX – Mensagens

MILHO DE PIPOCA QUE NÃO PASSA PELO FOGO CONTINUA A SER MILHO PARA SEMPRE

RUBENS ALVES

ASSIM ACONTECE COM A GENTE.

AS GRANDES TRANSFORMAÇÕES ACONTECEM QUANDO PASSAMOS PELO FOGO.

QUEM NÃO PASSA PELO FOGO, FICA DO MESMO JEITO A VIDA INTEIRA.

SÃO PESSOAS DE UMA MESMICE E UMA DUREZA ASSOMBROSA.

SÓ QUE ELAS NÃO PERCEBEM E ACHAM QUE SEU JEITO DE SER É O MELHOR JEITO DE SER.

MAS, DE REPENTE, VEM O FOGO.

O FOGO É QUANDO A VIDA NOS LANÇA NUMA SITUAÇÃO QUE NUNCA IMAGINAMOS: A DOR.

PODE SER FOGO DE FORA:

PERDER UM AMOR, PERDER UM FILHO, O PAI, A MÃE, PERDER O EMPREGO OU FICAR POBRE.

PODE SER FOGO DE DENTRO:

PÂNICO, MEDO, ANSIEDADE, DEPRESSÃO OU SOFRIMENTO, CUJAS CAUSAS IGNORAMOS.

HÁ SEMPRE O RECURSO DO REMÉDIO: APAGAR O FOGO!

SEM FOGO O SOFRIMENTO DIMINUI. COM ISSO, A POSSIBILIDADE DA GRANDE TRANSFORMAÇÃO TAMBÉM.

IMAGINO QUE A POBRE PIPOCA, FECHADA DENTRO DA PANELA, LÁ DENTRO CADA VEZ MAIS QUENTE, PENSA QUE SUA HORA CHEGOU: VAI MORRER.

DENTRO DE SUA CASCA DURA, FECHADA EM SI MESMA, ELA NÃO PODE IMAGINAR UM DESTINO DIFERENTE PARA SI.

NÃO PODE IMAGINAR A TRANSFORMAÇÃO QUE ESTÁ SENDO PREPARADA PARA ELA.

A PIPOCA NÃO IMAGINA AQUILO DE QUE ELA É CAPAZ.

AÍ, SEM AVISO PRÉVIO, PELO PODER DO FOGO A GRANDE TRANSFORMAÇÃO ACONTECE:

BUM!

É ELA APARECE COMO UMA OUTRA COISA COMPLETAMENTE DIFERENTE, ALGO QUE ELA MESMA NUNCA HAVIA SONHADO.

BOM, MAS AINDA TEMOS O PIRUÁ, QUE É O MILHO DE PIPOCA QUE SE RECUSA A ESTOURAR.

SÃO COMO AQUELAS PESSOAS QUE, POR MAIS QUE O FOGO ESQUENTE, SE RECUSAM A MUDAR.

ELAS ACHAM QUE NÃO PODE EXISTIR COISA MAIS MARAVILHOSA DO QUE O JEITO DELAS SEREM.

A PRESUNÇÃO E O MEDO SÃO A DURA CASCA DO MILHO QUE NÃO ESTOURA. NO ENTANTO, O DESTINO DELAS É TRISTE, JÁ QUE FICARÃO DURAS A VIDA INTEIRA.

**NÃO VÃO SE TRANSFORMAR NA FLOR BRANCA, MACIA E NUTRITIVA.
NÃO VÃO DAR ALEGRIA PARA NINGUÉM.**

JANELA PARA O MUNDO

Sônia M. Augusto

Daqui vejo tudo...
Os decentes e indecentes
Vejo pessoas desesperadas lutando contra o tempo
Vejo o inverno chegando com seu tempo frio como num fim de tarde
Vejo crianças indo e crianças voltando...
Vejo mãe, avô levando essas crianças para um futuro melhor
Vejo moças de todo tipo acanhadas, inusitadas, arrumadas e despojadas
E vejo moços contemplando essas moças
Vejo o belo
Vejo o feio
Vejo o mau
Vejo o inocente
Vejo um pouco de tudo
Vejo Deus!

UM SOLDADO QUE ESTAVA VOLTANDO PARA CASA

Esta é uma história sobre um soldado que finalmente estava voltando para casa, depois de ter lutado no Vietnã. Ele ligou para seus pais em São Francisco:

- Mãe, pai estou voltando para casa, mas antes que pedir um favor à vocês. Tenho um amigo que eu gostaria de trazer junto comigo.
- Claro, eles responderam nós adorávamos conhecê-lo.
- Há algo antes que vocês precisa saber antes, continuou o filho. Ele foi terrivelmente ferido em uma luta. Ele pisou em uma mina e perdeu um braço e uma perna. O pior é que ele não tem nenhum lugar para morar.
- Nossa!!! Sinto muito em ouvir isso filho, talvez possamos ajudá-lo a encontrar em algum lugar para morar.
- Filho, disse o pai, você não sabe o que está pedindo? Você tem noção da gravidade do problema?

A mãe concordando com o marido reforçou:

- Alguém com tanta dificuldade seria um fardo para gente. Nós temos nossas próprias vidas e não queremos uma coisa como essa interfira em nosso modo de viver. Acho que você poderia voltar para casa e esquecer esse rapaz, ele encontrará uma maneira de viver por si mesmo.

Nesse momento o filho bateu o telefone, os pais não ouviram uma palavra dele.

Alguns dias depois, os pais receberam um telefonema da polícia de São Francisco informando que o filho deles havia morrido depois de ter caído de um prédio. A polícia acreditava em suicídio.

Os pais angustiados voaram para a cidade que o filho se encontrava e foram levados para o necrotório para identificar o corpo do filho. Eles o reconheceram, e para o seu terror, descobriram algo que desconheciam. "O filho deles tinha apenas um braço e uma perna".

Os pais nessa história são como nós, achamos fácil amar aqueles que são perfeitos, fisicamente, bonitos e divertidos, mas não gostamos das pessoas que nos incomodam ou nos fazem desconfortáveis.

Esta noite antes de irmos dormir, façamos uma prece a Deus para que nos dê forças que precisamos para aceitar as pessoas como elas são, e ajudar a compreender aquelas que são diferentes de nós.

Há algum milagre chamado "amizade" que mora em nossos corações mas você não sabe como ele acontece ou surge, mas esse sentimento aflora e você percebe que a amizade é o presente mais precioso de Deus. Hoje do seu lado pode ter alguém que você apenas cumprimenta e **essa pessoa** pode estar querendo lhe contar a sua vida, seus sonhos, seus deslizes ou simplesmente suas qualidades e defeitos.

Vá até essa pessoa e bata um papo com ela, talvez nessa conversa você ganhe um novo amigo.

A PARÁBOLA DA ROSA

Um certo homem plantou uma rosa e passou a regá-la constantemente e, antes que ela desabrochasse, ele a examinou.

Ele viu o botão que em breve desabrocharia, mas notou espinhos sobre o talo e pensou:

Como pode uma bela flor vir de uma planta rodeada de espinhos tão afiados?

Entristecido por este pensamento, ele se recusou a regar a rosa, e, antes que estivesse pronta para desabrochar, ela morreu.

Assim é com muitas pessoas.

Dentro de cada alma há uma rosa: as qualidades dadas por Deus e plantadas em nós crescendo em meio aos espinhos de nossas faltas.

Muitos de nós olhamos para nós mesmos e vemos apenas os espinhos, os defeitos.

Nós nos desesperamos, achando que nada de bom pode vir de nosso interior. Nós nos recusamos a regar o bem dentro de nós, e, conseqüentemente, isso morre.

Nós nunca percebemos o nosso potencial.

Algumas pessoas não vêem a rosa dentro delas mesmas;

Alguém mais deve mostrá-la a elas.

Um dos maiores dons que uma pessoa pode possuir ou compartilhar é ser capaz de passar pelos espinhos e

encontrar a rosa dentro de outras pessoas.

Esta é a característica do amor -- olhar uma pessoa e conhecer suas verdadeiras faltas.

Aceitar aquela pessoa em sua vida, enquanto reconhece a beleza em sua alma e ajuda-a a perceber que ela pode superar suas aparentes imperfeições.

Se nós mostrarmos a essas pessoas a rosa, Elas superarão seus próprios espinhos.

Só assim elas poderão desabrochar muitas e muitas vezes.

<http://www.mensagensvirtuais.com.br/>

Não inveje os outros, como se fossem mais felizes e vitoriosos do que
você.

A vida, a esperança, o sucesso que estão neles, estão também em você.
Com pensamentos sadios e disposição para lutar,
você terá um progresso que não refluirá jamais.

Dê ao seu coração, o sinal de confiança no futuro e esteja certo de que
as forças da vida, o tempo e as pessoas trabalham convergentes
a seu benefício. Abra um sorriso. Destranque-se.
Faça uma imagem positiva de sua vida e vencerá.
O dia da vitória está amanhecendo dentro de você.

VIVÊNCIAS DA MAIOR IDADE

Mexa-se como uma criança.

A atividade física é um grande fator de promoção da qualidade e da
duração da vida. Ande, pratique alongamento, dance. Não pare.

Coma como um índio.

Evite produtos industrializados. Coma menos gorduras. Abuse das
frutas e verduras.

Use pouco sal, reduza o consumo de açúcar.

Durma como um gato.

Descanse o suficiente, espreguice ao acordar. Trate bem o seu corpo.

Tenha a persistência de um camelo.

Seja disciplinado. Mantenha seu compromisso de envelhecer com saúde.

Trace objetivos e tarefas. Mantenha seus sonhos vivos.

Tenha a alegria de um golfinho.

Valorize as coisas boas que a vida nos dá. Não seja amargo ou
rancoroso.

Viva o dia de hoje.

Seja independente como um pássaro.
Não dependa de ninguém para o seu bem estar.
Tenha a solidariedade de um cão.
Faça-se necessário. Seja disponível. Mantenha-se fiel às causas sociais.
Mantenha sua crença na vida, no amor e na fraternidade.

De uma hora para outra surge a criatura mal-educada que
lhe dá vontade de responder na mesma altura.
Apesar de tudo, seja de forma diferente. A carranca feroz, o mau-
humor é mascara que esconde tristeza ou revolta a pedir:
"ame-me, compreenda-me".
Não é soltando as palavras presas na garganta
que irá mudá-la.
Em pessoas assim, mexem mais por dentro as atitudes
de aceitação, de não revide, olhar calmo porque
fazem pensar no erro e se envergonhar.
Mantenha a tranquilidade e o pensar positivo.
Um sorriso, um gesto, uma palavra, fazem milagres.
O amor é um jato de água no fogo
dos mal-educados e odientos.

MUDANÇAS INTERNAS

Fátima Irene Pinto

Antes eu esperava ter amor por mim mesma
para depois dá-lo a outrem.
Tenho observado que, dando o amor que não tenho,
surpreendo-me plena do amor que me falta.

Antes eu esperava possuir bens
(materiais, culturais, espirituais)
para reparti-los com meu próximo.
Tenho percebido que o pouco que reparto com
generosidade, me enquadra dentro de uma lei
universal
- é dando que se recebe -

Antes eu esperava estar centrada e bem resolvida
para exercer o otimismo e distribuir palavras de
esperança e fé.
Tenho verificado que quando eu o faço, ainda que
dentro de mim haja uma tempestade, o meu
inconsciente
registra e grava estas impressões e, sem que eu
perceba,
minha harmonia interior é reconquistada.

Antes eu esperava passar o furor da mágoa e
do ressentimento para perdoar.
Tenho notado que repetindo diversas vezes a
palavra
Perdão
ainda que sem muita convicção, os sentimentos
de mágoa e ressentimento perdem completamente
a força e minha alma sente-se abrandada.

Antes, se adoentada, eu esperava a saúde voltar
para botar as mãos na massa.
Tenho constatado que, mesmo dentro de algumas
limitações físicas, há algo que se pode fazer.
Por pouco que seja, devolve-me a abençoada
sensação de ser útil, tocando o instrumento que me
compete na grande sinfonia da vida e isto é metade
da cura, senão toda ela.

Antes eu esperava estar feliz para distribuir
sorrisos.
Descobri que sorrindo, mesmo com uma lágrima
pendurada
no canto do olho, nos sorrisos que recebo de
volta,
eu encontro forças para enxugar as minhas
próprias lágrimas.

Antes eu esperava receber um benefício para
agradecer.
Hoje eu agradeço por antecipação, agradeço
tudo:
as pessoas, a família, o trabalho, as
circunstâncias.
Agradeço até mesmo os revezes e os ventos
contrários
e descubro que só assim, eu mantenho abertos
os canais por onde fluem o infinito
amor de Deus e as bênçãos universais.

Filosofia de Vida

Havia um garotinho que tinha mau gênio. Seu pai lhe deu um saco cheio de pregos e lhe disse que cada vez que perdesse a paciência que batesse um prego na cerca dos fundos da casa. No primeiro dia o garoto havia pregado 37 pregos na cerca. Porém, gradativamente o número foi decrescendo. O garotinho descobriu que era mais fácil controlar seu gênio do que pregar pregos na cerca. Finalmente chegou o dia, no qual o garoto não perdeu mais o controle sobre o seu gênio. Ele contou isto a seu pai, que lhe sugeriu que tirasse um prego da cerca por cada dia que ele fosse capaz de controlar seu gênio. Os dias foram passando até que finalmente o garoto pode contar a seu pai que não haviam mais pregos a serem retirados. O pai pegou o garoto pela mão e o levou até a cerca. Ele disse :

- Você fez bem garoto, mas de uma olhada na cerca. A cerca nunca mais será a mesma. Quando você diz coisas irado, elas deixam uma cicatriz como esta. Você pode esfaquear um homem e retirar a faca em seguida, e não importando quantas vezes você diga que sente muito, a ferida continuara ali. Uma ferida verbal é tão má quanto uma física. Amigos são uma jóia rara realmente. Eles te fazem sorrir e o encorajam a ter sucesso. Eles sempre te ouvem, tem uma palavra de apoio e sempre querem abrir seu coração para você. Mantenha isto em mente antes de se irar contra alguém.

Momentos

**Quantas vezes, nos vemos num mar de confusões...
Nos deixando ser massacrados por nossa própria
Condenação...
Esquecendo dos momentos de emoção!
Somos envoltos por problemas e rotinas...
Que nos fazem esquecer das maravilhas da vida...**

**Para que sofrer?
Se na verdade é tão simples ser feliz...
Apenas os momentos que nos é dado ...
São aqueles que nós devemos guardar...
E esse momento é agora!
Agora , devemos amar...
Agora , devemos lutar...
Agora , devemos perseverar...
O momento de ser feliz é agora!**

Moral

Olavo foi transferido de projeto, logo no primeiro dia, para fazer média com o novo chefe, saiu-se com esta:

- Chefe, o senhor nem imagina o que me contaram a respeito do Silva. Disseram que ele...

Nem chegou a terminar a frase, Juliano, o chefe, apartou:

- Espere um pouco, Olavo. O que vai me contar já passou pelo crivo das três peneiras?

- Peneiras? Que peneiras, chefe?

- A primeira, Olavo, é a da VERDADE. Você tem certeza de que esse fato é absolutamente verdadeiro?

- Não. Não tenho, não. Como posso saber? O que sei foi o que me contaram. Mas eu acho que...

E, novamente, Olavo é interrompido pelo chefe:

- Então sua história já vazou a primeira peneira. Vamos então para a segunda peneira que é a da BONDADE. O que você vai me contar, gostaria que os outros também dissessem a seu respeito?

- Claro que não! Deus me livre, chefe - diz Olavo, assustado.

- Então, - continua o chefe - sua história vazou a segunda peneira.

- Vamos ver a terceira peneira, que é a da NECESSIDADE. Você acha mesmo necessário me contar esse fato ou mesmo passa-lo adiante?

- Não, chefe. Passando pelo crivo dessas peneiras, vi que não sobrou nada do que eu iria contar - fala Olavo, surpreendido.

- Pois é, Olavo, já pensou como as pessoas seriam mais felizes se todos usassem essas peneiras? diz o chefe e continua: - Da próxima vez em que surgir um boato por aí, submeta-o ao crivo destas três peneiras: VERDADE - BONDADE - NECESSIDADE, antes de obedecer ao impulso de passa-lo adiante, porque:

PESSOAS INTELIGENTES FALAM SOBRE IDÉIAS,
PESSOAS COMUNS FALAM SOBRE COISAS,
PESSOAS MEDIÓCRES FALAM SOBRE PESSOAS.

O Conselho

Quando te decidires : Segue !
Não esperes que o vento ;
Cubra de flores o caminho .
Nem sequer esperes o caminho .
Cria-o . Faze-o tu mesmo.
E parte ...Sem lembrar ,
que outros passos pararam,
que outros olhos ficaram ,
te olhando seguir .

Não Espere

Não espere um sorriso para ser gentil;

Não espere ser amado para amar;

Não espere ficar sozinho para reconhecer o valor de quem está ao seu lado;

Não espere ficar de luto para reconhecer quem hoje é importante em sua vida;

Não espere o melhor emprego para começar a trabalhar;

Não espere a queda para lembrar-se do conselho;

Não espere...

Não espere a enfermidade para perceber o quanto é frágil a vida;

Não espere pessoas perfeitas para então se apaixonar;

Não espere a mágoa para pedir perdão;

Não espere a separação para buscar reconciliação;

Não espere a dor para acreditar em oração;

Não espere elogios para acreditar em si mesmo;

Não espere...

Não espere que o outro tome a iniciativa se você foi o culpado;

Não espere o eu te amo, para dizer eu também;

Não espere o dia da sua morte para começar a amar a vida;

E então, o que você está esperando?

Anexo X – Estufa

Esterilização por calor seco

Juliana Capellazzo Romano*

Maria Cristina Ferreira Quelhas**

A esterilização através do calor seco pode ser alcançada pelos seguintes métodos:

- **Flambagem:** aquece-se o material, principalmente fios de platina e pinças, na chama do bico de gás, aquecendo-os até ao rubro. Este método elimina apenas as formas vegetativas dos microrganismos, não sendo portanto considerado um método de esterilização.
- **Incineração:** é um método destrutivo para os materiais, é eficiente na destruição de matéria orgânica e lixo hospitalar.
- **Raios infravermelhos:** utiliza-se de lâmpadas que emitem radiação infravermelha, essa radiação aquece a superfície exposta a uma temperatura de cerca de 180° C.
- **Estufa de ar quente:** constitui-se no uso de estufas elétricas. É o método mais utilizado dentre os de esterilização por calor seco.

O uso do calor seco, por não ser penetrante como o calor úmido, requer o uso de temperaturas muito elevadas e tempo de exposição muito prolongado, por isso este método de esterilização só deve ser utilizado quando o contato com vapor é inadequado. Cabe observar também que o uso de temperaturas muito elevadas pode interferir na estabilidade de alguns materiais, como por exemplo o aço quando submetido a temperaturas muito elevadas perde a têmpera; para outros materiais como borracha e tecidos além da temperatura empregada ser altamente destrutiva, o poder de penetração do calor seco é baixo, sendo assim a esterilização por este método inadequada.

Os materiais indicados para serem esterilizados por este método são instrumentos de ponta ou de corte, que podem ser oxidados pelo vapor, vidrarias, óleos e pomadas.

Equipamentos

Como o processo de esterilização em estufas de ar quente é o método mais utilizado dentre os de esterilização por calor seco, iremos descrever o equipamento utilizado neste método, que é a estufa ou forno de Pasteur. Estes são equipados com um termômetro que mostra temperatura do interior da câmara; um termostato, onde se programa a temperatura desejada; uma lâmpada que mostra a situação de aquecimento ou a estabilização da temperatura interna da câmara; algumas com um ventilador para promover a circulação do ar, garantindo um aquecimento rápido e uniforme na câmara (estufas de convecção mecânica). Não há um controlador de tempo, este controle é feito pelo operador do aparelho.

As estufas podem ser divididas em dois tipos: as de **convecção por gravidade** e a de **convecção mecânica**.

As estufas de convecção por gravidade possuem uma resistência elétrica na parte inferior da câmara e um orifício na parte superior onde ocorre a drenagem do ar frio que é empurrado pelo ar quente à medida que o ar esquenta dentro da câmara. Neste processo qualquer obstáculo que esteja no caminho dificulta a circulação do ar, interferindo na uniformidade da temperatura na câmara.

As estufas de convecção mecânica possuem um dispositivo que produz movimento do ar quente, favorecendo a circulação do ar uniformemente e limitando a variação da temperatura nos vários pontos da câmara em 1° C. Este tipo de estufa reduz o tempo necessário para que se atinja a temperatura ideal para a esterilização.

Mecanismo de ação

Este processo causa a destruição dos microrganismos fundamentalmente por um processo de oxidação, ocorrendo uma desidratação progressiva do núcleo das células.

Tempo de esterilização

Temperatura (° C)	Tempo de Exposição *
180	30 minutos
170	1 hora
160	2 horas
150	2 horas e 30 minutos
140	3 horas
121	6 horas

*Sem inclusão do tempo de aquecimento

Alguns autores afirmam que materiais contaminados pelo vírus da hepatite, devem ser submetidos à temperatura de 170° C por 2 horas.

Cuidados para a eficiência do processo

- Higienizar convenientemente os artigos a serem esterilizados;
- aquecer previamente a estufa;
- utilizar embalagens adequadas;
- não colocar na estufa artigos muito pesados e volumes muito grandes para não interferir na circulação do ar, as caixas não devem conter mais de 50 peças;
- evitar sobrepor artigos;
- marcar o início do tempo de exposição quando o termômetro marcar a temperatura escolhida;

- evitar que o termômetro toque em algum dos artigos dentro da câmara;
- não abrir a estufa durante a esterilização.

Falhas no processo

- Para se evitar falhas no processo deve-se observar os cuidados citados acima além de cuidados como:
- ao distribuir os artigos no interior da câmara, não deixar que toquem as paredes do interior do equipamento, deixar também um espaço entre os materiais, para favorecer a circulação do ar;
- o invólucro deve ser adequado para este tipo de esterilização e para o material a ser esterilizado. As embalagens mais utilizadas são as caixas metálicas, papel alumínio e frascos de vidro refratário;
- os artigos a serem esterilizados devem possuir boa condutividade térmica. Como já foi mencionado, materiais não termorresistentes não devem ser esterilizados por este método, como os tecidos, borrachas e papéis;
- o equipamento deve ser calibrado e validado. O fabricante precisa informar qual o ponto mais frio da câmara. A esterilização é eficiente quando neste ponto a temperatura é atingida, é necessário portanto que os testes com os indicadores biológicos sejam realizados neste local.

Testes

É fundamental a realização de testes biológicos para controle e comprovação da esterilização.

* Aluna do 4o ano de Graduação em Enfermagem - UNICAMP - bolsista de iniciação científica da FAPESP

**Enfermeira, Especialista em Central de Material Esterilizado (CME) e Centro Cirúrgico, Supervisora Técnica da CME do Hospital de Clínicas da UNICAMP

ORIENTADORA: Profa. Dra. Maria Helena Baena de Moraes Lopes - Professora Assistente Doutora do Departamento de Enfermagem da Faculdade de Ciências Médicas - UNICAMP

Bibliografia Consultada

ASSOCIAÇÃO PAULISTA DE ESTUDOS E CONTROLE DE INFECÇÃO HOSPITALAR (APECIH).

Esterilização de Artigos em Unidades de Saúde. São Paulo, 1998.

COSTA, A.O.; CRUZ, E.A.; GALVÃO, M.S.S.; MASSA, N.G. Esterilização e desinfecção: Fundamentos básicos, processos e controles. São Paulo. Cortez, 1990:

Apêndice 1 – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Nós, **Carla Cavaler Garcia, Mariana Pereira Martendal e Thaise Alana Goronzi**, estamos desenvolvendo o trabalho de Conclusão de Curso intitulado **“Condição Crônica de Saúde: um enfoque no cuidado transcultural de Leininger”**, com o intuito de desenvolver educação para a saúde a pessoas em situação crônica de saúde (Hipertensão Arterial, Diabetes Mellitus e Depressão).

Pretendemos fazer um levantamento da percepção de qualidade de vida que as pessoas em situação crônica de saúde, envolvidas em nossa prática assistencial, apresentam.

O levantamento será feito através de entrevistas e discussões durante as atividades em grupo, consultas de enfermagem e visitas domiciliares. A pesquisa não traz riscos ou desconfortos. Será garantido que seu nome e qualquer outro dado que o (a) identifique ficará mantido em sigilo e que o (a) Sr. (a) terá liberdade para desistir a qualquer momento, mesmo depois de ter assinado este consentimento, não interferindo na assistência prestada.

Se você tiver alguma dúvida com relação ao estudo, ou não quiser mais fazer parte do mesmo, poderá entrar em contato com as acadêmicas.

Se você estiver de acordo em participar, podemos garantir que as informações fornecidas serão confidenciais.

Eu, _____ fui esclarecido sobre a pesquisa **“Condição Crônica de Saúde: um enfoque no cuidado transcultural de Leininger”**. Declaro que estou ciente de seus objetivos e métodos, bem como de meus direitos de anonimato, sigilo dos dados e desistência a qualquer momento.

Assinatura: _____

Data: _____

Apêndice 2 – Folder DM

**Universidade Federal de Santa Catarina
Centro de Ciências da Saúde
Departamento de Enfermagem**

Diabetes Mellitus (DM)

**Elaborado por:
Carla Cavaler Garcia
Mariana Pereira Martendal
Thaise Alana Goronzi**

Apêndice 3 – Folder HAS

Universidade Federal de Santa Catarina
Centro de Ciências da Saúde
Departamento de Enfermagem

Pressão Alta

Elaborado por:
Carla Cavaler Garcia
Mariana Pereira Martendal
Thaise Alana Goronzi

Apêndice 4 – Projeto do I Ciclo de Palestra sobre PSF e Ética Profissional

I CICLO DE PALESTRAS SOBRE PSF E ÉTICA PROFISSIONAL

Local: Salão da Igreja Campo D'Una

Data: 21/05/2004

Período: Vespertino **Duração:** 3 h e 20 min

Público alvo: Profissionais da Saúde envolvidos com PSF

Objetivo Geral

Sensibilizar os profissionais da saúde quanto a importância de alguns aspectos éticos e administrativos fundamentais para a eficácia da Estratégia Saúde da Família, visando a melhoria do atendimento integral ao usuário.

Objetivos Específicos:

- Enfatizar a importância dos registros do PSF a partir da legislação mínima a qual o profissional deve ter acesso constante para o pleno exercício profissional e da cidadania.
- Reforçar os aspectos éticos através da exposição crítica sobre as questões que envolvem a existência do programa enquanto parte do SUS.
- Esclarecer possíveis dúvidas e questionamentos dos participantes, contribuindo para sua crítica pessoal – beneficiando, conseqüentemente, os usuários.

Justificativa

Em vista de algumas deficiências administrativas encontradas em campo de estágio, e apontadas, também, pela enfermeira da unidade, aproveitamos a semana de enfermagem para promover este ciclo de palestras por considerarmos imprescindível o conhecimento, por parte dos profissionais, de algumas reflexões sobre tais questões, possibilitando favorecer uma percepção mais crítica da realidade (ainda que individual), estimulando-os a possíveis mudanças em benefício próprio e conseqüentemente do usuário.

Programação

Horário	Temas	Palestrantes
14:00 – 14:30	PSF	Enfª Milena de Castro
14:30 – 15:00	Pólos de Capacitação	Prof. Dr. Antonio de Miranda Wosny
15:00 – 15:45	Registros no PSF	Enfª Dda Zídia da Rocha Magalhães
16:00 – 16:20	Intervalo	Intervalo
16:20 – 17:05	Ética Profissional	Profª Dra Vânia Marli Schubert Backes

OBS: Ao término de cada exposição, os palestrantes terão 15 minutos para responder as perguntas emergentes.

 Voltar  Página Inicial  Incluir Participante  Incluir Aluno  Incluir Participante Externo

Universidade Federal de Santa Catarina
Atividades de Extensão - Res. Nº 05/CUn/98
Formulário de Tramitação e Registro

Situação: **Aprovação/Depto Coordenador**
Protocolo nº: **2004.1166**

Título da Atividade: **I CICLO DE PALESTRAS SOBRE PSF E ÉTICA PROFISSIONAL**

Objetivos e metodologia: **Objetivo Geral**
Sensibilizar os profissionais da saúde quanto a importância de alguns aspectos éticos e administrativos fundamentais para a eficácia da Estratégia Saúde da Família, visando a melhoria do atendimento integral ao usuário.

Objetivos Específicos:
· Enfatizar a importância dos registros do PSF a partir da legislação mínima a qual o profissional deve ter acesso constante para o pleno exercício profissional e da cidadania
· Reforçar aspectos éticos através da exposição crítica sobre estas questões que envolvem a existência do programa enquanto parte do SUS
· Esclarecer possíveis dúvidas e questionamentos dos participantes, contribuindo para sua crítica pessoal ? beneficiando, conseqüentemente, os usuários

Palavras chave: **Estratégia de Saúde da Família; Ética profissional; Enfermagem**

Entidade beneficiada: **Secretaria Estadual/Municipal**

Nome da Entidade beneficiada: **Secretaria da Saúde do Município de Garopaba**

Setor de atuação na Entidade beneficiada: **Saúde**

Município / Estado atendido: **Garopaba / SC**

Forma de Extensão: **Evento**

Complemento da Forma de Extensão: **Palestra**

O projeto está ligado a algum programa? **Não**

Grande área do projeto: **Ciências da Saúde**

Área temática principal: **Saúde**

Área temática secundária: **Direitos Humanos**

Linha programática: **Saúde da Família**

Período de realização: **21/05/2004 a 21/05/2004**

Carga horária total da atividade: **3 horas**

Número de pessoas atingidas por esta atividade: **50**

A atividade receberá algum aporte financeiro? **Não**

Envolvidos nesta atividade de extensão

Nro do SIAPE:	1157738
Nome do Coordenador:	DENISE MARIA GUERREIRO VIEIRA DA SILVA
Departamento:	CCS-DEPTO DE ENFERMAGEM
Centro:	CENTRO DE CIENCIAS DA SAUDE
Regime de trabalho:	DE
Fone de contato:	9980-1585
E-mail:	denise@nfr.ufsc.br
Carga horária nesta atividade:	0,5 horas
Receberá remuneração nesta atividade de extensão?	Não

Pessoas externas à UFSC Não envolvidas?

Participante:	VANIA MARLI SCHUBERT BACKES CCS-DEPTO DE ENFERMAGEM		Abrir formulário
Aluno:	Carla Cavaler Garcia	ENFERMAGEM	Abrir formulário
Aluno:	Mariana Pereira Martendal	ENFERMAGEM	Abrir formulário
Aluno:	Thaise Alana Goronzi	ENFERMAGEM	Abrir formulário

<http://notes.ufsc.br/aplic/formext.nsf/f5557526eff2acb403256e5f0068b3a8/fa5be8f50a...> 22/6/2004

Apêndice 5 – Resumos para o III Fórum Mundial de Educação



**Fórum Mundial
de Educação**

World Education Forum
Forum Mondial de L'éducation
Foro Mundial de Educación

Temática nº 19 – Estudos culturais e Educação.

EDUCAR: MAIS QUE UM ATO, UM RESPEITO A CULTURA

Carla Cavaler Garcia¹

Mariana Pereira Martendal²

Thaise Alana Goronzi³

Denise Guerreiro da Silva⁴

Vânia Schubert Backes⁵

Zídia Rocha Magalhães⁶

Universidade Federal de Santa Catarina/UFSC

Curso de Graduação Em Enfermagem

A educação influencia, de maneira ampla e profunda, a existência do homem e as transformações sociais. Faz parte do crescimento e desenvolvimento do mesmo, na sua relação com os outros e seu ambiente. Para Rios (1994, p. 48, 30), a ética deve ser utilizada como “mediadora na atuação profissional, até porque ela se fará presente na definição e organização do saber que será transmitido e, ao mesmo tempo, na direção que será dada a esse saber na sociedade”. Ainda, segundo a autora, “Educação é transmissão de cultura”, o que implica necessidade de compreensão e respeito à cultura do outro. Dessa forma, subentende-se cultura como “o conjunto dos comportamentos, saberes e saber-fazer característicos de um grupo humano ou de uma dada sociedade, sendo essas atividades adquiridas através de um processo de aprendizagem, e transmitidas ao conjunto de seus membros” (LAPLANTINE, 1991, p.120), constituindo a educação popular. Esta, busca trabalhar pedagogicamente o homem e os grupos envolvidos no processo de participação popular, fomentando formas coletivas de aprendizado e investigação de modo a promover o crescimento da capacidade de análise crítica sobre a realidade e o aperfeiçoamento das estratégias de luta e enfrentamento. É uma estratégia que visa participação popular no redirecionamento da vida social. Portanto, a busca do conhecimento, através do ato educacional, pode ser considerada uma necessidade vital. Não se pode forçar a pessoa a progredir; o que se pode fazer é instigá-la a criar possibilidades para si, e conduzi-la a novos desempenhos. A educação deve favorecer o crescimento e a mudança dos indivíduos a partir de sua própria ótica de vida.

¹ Autora e relatora. Acadêmica de Enfermagem da UFSC/SC.

² Autora. Acadêmica de Enfermagem da UFSC/SC. Bolsista de Iniciação Científica/CNPq. Membro do EDEN/UFSC.

³ Autora. Acadêmica de Enfermagem da UFSC/SC. Membro do EDEN/UFSC.

⁴ Autora. Dr.^a em Enf. Prof.^a Adjunta do Departamento de Enfermagem UFSC/SC. Coordenadora do NUCRON/UFSC. Pesquisadora CNPq.

⁵ Autora. Dr.^a em Enf. Prof.^a Adjunta do Departamento de Enfermagem UFSC/SC. Coordenadora do EDEN/UFSC. Pesquisadora CNPq.

⁶ Enfermeira. Doutoranda do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem – PEN/UFSC. Membro do EDEN/UFSC.



**Fórum Mundial
de Educação**

World Education Forum
Forum Mondial de L'éducation
Foro Mundial de Educación

Temática nº 19 – Estudos culturais e Educação.

VIVÊNCIAS EM GRUPO: A CONSTRUÇÃO COLETIVA DO SABER

Carla Cavaler Garcia¹
Mariana Pereira Martendal²
Thaise Alana Goronzi³
Denise Guerreiro da Silva⁴
Vânia Schubert Backes⁵
Cristiane Macuglia⁶

Universidade Federal de Santa Catarina/UFSC
Curso de Graduação em Enfermagem

Educação Popular não é veneração da cultura popular. Modos de sentir, pensar e agir interagem permanentemente com outros modos diferentes de sentir, pensar e agir. Para que haja uma efetiva construção do saber coletivo, devem ser criadas oportunidades de intercâmbio de culturas nas vivências em grupo. É nestas que surgem assuntos que podem ser discutidos sob a ótica do saber popular e científico, permitindo-nos desenvolver um cuidado culturalmente coerente. Baseadas em Freire (1995), entendemos grupo com sendo o conjunto de pessoas movidas por necessidades semelhantes, que se reúnem por necessidades específicas. Em um grupo, cada participante exercita sua fala, seu silêncio e defende seus pontos de vista, pois cada um é diferente do outro. Em nossa experiência com grupos de pessoas em condição crônica de saúde de uma comunidade do sul catarinense, percebemos que a heterogeneidade que o forma, permite no desenvolvimento das práticas educativas, o desvelar de depoimentos extremamente enriquecedores para a vida de todos os participantes, já que acreditamos ser a identidade do sujeito o produto das relações com o outro. Concordamos com Munari e Rodrigues (1997), ao afirmar que é importante o que se aprende com o próprio grupo, pois através dessa vivência as pessoas podem aprender como são vistas por outras pessoas; como elas se colocam frente à si próprias, frente aos outros; e, ainda, por que agem de determinada forma nos seus relacionamentos. A troca de informações, receitas, o uso de plantas, frutas e verduras, como forma complementar do tratamento, permitem um maior envolvimento dos integrantes do grupo, fortalecendo a participação dos mesmos neste. Portanto, a prática do cuidado, quando realizada coletivamente, deve ser fundamentada num processo interativo de diálogo, na troca de idéias, centrados na reflexão dos saberes que impõem os universos culturais do profissional e dos participantes. Só assim, haverá a possibilidade de transformação de ambos e uma construção coletiva do saber (PATRÍCIO, 1992), na qual as pessoas mudarão quando desejarem mudar e quando tiverem condições objetivas e subjetivas de optar por um outro jeito de viver.

¹ Autora e Relatora. Acadêmica de Enfermagem da UFSC/SC. E-mail: carlacavaler@hotmail.com Fone: (48) 9906-5040.

² Autora. Acadêmica de Enfermagem da UFSC/SC. Bolsista de Iniciação Científica/CNPq. Membro do EDEN/UFSC.

³ Autora. Acadêmica de Enfermagem da UFSC/SC. Membro do EDEN/UFSC.

⁴ Autora. Dr.^a em Enfermagem Prof.^a Adjunta do Departamento de Enfermagem UFSC/SC. Coordenadora do NUCRON/UFSC. Pesquisadora CNPq.

⁵ Autora. Dr.^a em Enfermagem Prof.^a Adjunta do Departamento de Enfermagem UFSC/SC. Coordenadora do EDEN/UFSC. Pesquisadora CNPq.

⁶ Autora. Enfermeira Assistencial da Unidade Sanitária Campo D'Una – Garopaba/SC.

Apêndice 6 – Histórico de Enfermagem

HISTÓRICO DE ENFERMAGEM BASEADO EM LEININGER

Nome: _____

Idade: _____ Sexo: _____ Estado civil: _____

Escolaridade: _____ Religião: _____

Profissão: _____

Endereço: _____

_____ Fone: _____

1. Membros da família

Nome/ idade	Situação na família	Condição de Saúde
1.		
2.		
3.		
4.		
5.		

2. Habitação (própria, alugada, cedida, unifamiliar, coletiva, condições de saneamento..)

3. Hábitos alimentares (frequência, quantidade, preparo..)

4. Onde e com quem costumam tratar/cuidar dos problemas de saúde? (posto, hospital, igreja, casa../ médico, enfermeira, benzedeira, parente, vizinhos...)

6. Qual o tratamento/cuidado que considera ideal para seu problema de saúde?

7. Relacionado ao problema de saúde, o que mais lhe incomoda? E como influencia no dia-a-dia da família?

8. Acredita que o meio ambiente influencia na sua saúde e de sua família? Como?

9. Como o serviço de saúde local tem participado no tratamento/cuidado dos problemas de saúde de sua família?

10. O que você sugere para melhorar os serviços de saúde da sua comunidade?

11. Problemas atuais que preocupam você e sua família:

12. Percepção das acadêmicas com relação à visita

Data: _____

Assinatura: _____

Apêndice 7 – Instrumento de registro para Visita Domiciliar

VISITA DOMICILIAR

Nº da Família: _____ Microárea: _____ DATA DA VISITA: _____
Nome do visitador: _____ Categoria profissional: _____

1. Nome: _____ Registro: _____
Situação de Saúde: _____

Cuidados/tratamento atualmente realizados (incluir medicamentos): _____

Problemas encontrados (valor P.A): _____

Encaminhamentos: _____

2. Nome: _____ Registro: _____
Situação de Saúde: _____

Cuidados/tratamento atualmente realizados (incluir medicamentos): _____

Problemas encontrados (valor P.A): _____

Encaminhamentos: _____

3. Nome: _____ **Registro:** _____

Situação de Saúde: _____

Cuidados/tratamento atualmente realizados (incluir medicamentos): _____

Problemas encontrados (valor P.A): _____

Encaminhamentos: _____

4. Nome: _____ **Registro:** _____

Situação de Saúde: _____

Cuidados/tratamento atualmente realizados (incluir medicamentos): _____

Problemas encontrados (valor P.A): _____

Encaminhamentos: _____

Apêndice 8 – Planejamento do Grupo de Integração

Planejamento da oficina de integração acadêmicas/pessoas em condição crônica de saúde (DM/HAS/Depressão) e uso complementar das plantas e verduras/frutas no tratamento de DM/HAS/Depressão.

Data: 13/04/2004

Hora/duração: 14:30 às 16:00 h

Local: Salão Paroquial da Igreja de Campo D'Una, Associação do Girassol e Grama

Objetivos:

- Integrar acadêmicas e pessoas em condição crônica de saúde (DM/HAS/Depressão) que se fizerem presentes na oficina;
- Informar as pessoas sobre as pessoas sobre a realização de nosso PA na U.S. Campo D'uma;
- Entrar em contato com a cultura dos presentes através de questionamentos em relação aos cuidados caseiros utilizados;
- Avaliar nossa receptividade;
- Ressaltar a importância do uso adequado dos medicamentos, demonstrando, também, formas complementares para o tratamento.

Desenvolvimento:

1.º momento

Recepção das pessoas em condição crônica de saúde, com aferição da PA e realização do teste de glicemia capilar.

2.º momento

A supervisora apresenta as acadêmicas e introduz o assunto pedindo a atenção de todos. Em seguida, as acadêmicas falam do projeto que será executado na U.S. Campo D'Una no período de 31/03 a 04/06/2004.

3.º momento

Apresentação de algumas plantas e frutas como método terapêutico alternativo mais acessível, que tragam benefícios para a condição de saúde dos presentes. Questionar o que eles mais conhecem e como costumam usar.

Avaliação: feedback dos participantes através da comunicação verbal de apenas uma palavra, as quais serão escritas no papel pardo e expostas no conjunto.

Recursos Didáticos: papel pardo, papel de plotagem, papel cartão, lápis, caneta, borracha, régua, fita adesiva, tesoura, pincel atômico, lápis de cera

Apêndice 9 – Planejamento do Grupo Campo D’Una

Planejamento da atividade de grupo acadêmicas/pessoas em condição crônica de saúde no Unidade Sanitária Campo D'Una.

Data: 06/05 – 20/05 – 25/05

Hora/Duração: 14:30 às 16:00 h

Local: U. S. Campo D'Una

Objetivos:

- Integrar acadêmicas e pessoas em condição crônica de saúde (DM/HAS/Depressão)
- Entrar em contato com a cultura dos mesmos, através de questionamentos e auxiliado pelos cartazes.
- Identificar valores e conhecimentos prévios dos participantes, a partir do relato de prováveis hábitos já estabelecidos.
- Esclarecer a fisiologia e fisiopatologia do DM/HAS e possíveis dúvidas.
- Buscar a compreensão dos mesmos através de uma linguagem acessível.
- Construir o saber coletivo a partir de dicas de saúde e trocas de experiências.
- Reforçar a importância do uso adequado de medicamentos.

Desenvolvimento

1º momento

recepção das pessoas em condição crônica de saúde, com aferição de PA e identificação.

2º momento

Instigar as pessoas sobre: 1. O que é saúde? 2. O que você faz para (ter saúde, qualidade de vida)? 3. O que você já sabe sobre sua doença? As perguntas estarão escritas em cartazes e ao passo que as pessoas manifestarem suas respostas às acadêmicas escreverão as mesmas abaixo das perguntas. Posteriormente esclareceremos a fisiologias, bem como a fisiopatologia do DM/HAS e as possíveis dúvidas, reforçando a importância do uso adequado dos medicamentos.

3º momento

apresentação de dicas de saúde e espaço para troca de experiências.

Avaliação: Feed-back com os participantes através da comunicação verbal do que lhes foi acrescentado deste encontro, sendo estas registradas em cartaz.

Recursos Didáticos: papel pardo, folha sulfite, caneta, lápis, lápis de cor, pincel atômico, borracha, régua, fita adesiva, tesoura, vídeo, televisão fita cassete.

Apêndice 10 – Planejamento do Grupo Encerramento

Planejamento da atividade de Grupo – Encerramento

Data: 01/06/04

Hora/Duração: 14:30 – 16:30 h

Local: Salão Paroquial da Igreja Campo D'Una

Objetivo Geral

Realizar o último estágio do SAV – separação e, apresentar a estrutura funcional do serviço de saúde, para que o usuário saiba onde e quem procurar.

Objetivos Específicos:

- Informar/apresentar a estrutura funcional do serviço de saúde, através de fita cassete.
- Informar aos presentes o término de nosso estágio assistencial, colocando-nos a disposição para qualquer dúvida ou esclarecimento.
- Solicitar avaliação das atividades por nós realizadas.

Desenvolvimento

1º momento

Comunicar aos presentes o término de nosso estágio na U.S. Campo D'uma.

2º momento

Apresentar a fita sobre serviços de saúde, informando-lhes como o mesmo se processa em seu município.

3º momento

Solicitar aos participantes que os mesmos se manifestem sobre nossa presença e o trabalho desenvolvido.

Recursos Didáticos: televisão, vídeo, fita cassete.

Apêndice 11 – Dicas de Saúde publicadas

O TEMPO

Um jornal de fato

Ano XV - Edição 670 Sexta-feira, 07 de maio de 2004

CAPINZAL - a Capital Brasileira do
CHESTER - 460 mil aves dia

HIPERTENSÃO ARTERIAL

Sua pressão é maior que 14 0 x 90 mmHg?

CUIDADO!!!

Ela precisa ser **CONTROLADA!**

Como? Através de medicamentos prescritos pelo seu médico e hábitos de vida saudáveis, como:

- diminuir a ingestão de sal e bebidas alcoólicas
- controlar o peso
- fazer exercícios físicos
- evitar o fumo
- controlar o estresse

O que é pressão alta?

É a pressão igual ou maior a 140 x 90 mmHg, após ser medida várias vezes. Isso acontece porque os vasos nos quais o sangue circula se contraem e fazem com que a pressão do sangue aumente.

Quais são as consequências mais graves da pressão alta?

- ☐ dor no peito (angina)
- ☐ ataque cardíaco (infarto)
- ☐ derrame cerebral (AVC)
- ☐ paralisção dos rins

A pressão alta ataca os vasos. Todos eles são revestidos internamente por uma camada muito fina e delicada, que é machucada quando o sangue está circulando com pressão muito alta. Com isso, os vasos se tornam endurecidos e estreitados, podendo, com o passar dos anos, entupir ou romper-se, levando a estas consequências.

Pressão alta tem cura?

A pressão alta é uma doença crônica e dura a vida toda. Ela não tem cura, mas pode ser **CONTROLADA**, evitando desta forma, complicações no coração, cérebro e rins.

* O medicamento prescrito pelo médico **ABAIXA** a pressão até o nível **NORMAL**, embora sua ingestão além da dose prescrita pode abaixá-la **DEMAIS** e causar outros sintomas como tremores, suor frio e desmaio.

Autoras: Carla Cavaler Garcia
Mariana Pereira
Martendal

Thaise Alana Goronzi
E-mail: enfufsc@hotmail.com ou
thaise_g@yahoo.com.br

--[CPL]--
PREFEITURA MUNICIPAL DE OURO
ESTADO DE SANTA CATARINA

> TITULOS
RECEITA ORCAMENTARIA
RECEITAS CORRENTES
RECEITA TRIBUTARIA
RECEITA DE CONTRIBUICOES
RECEITA PATRIMONIAL
RECEITA DE SERVICOS
TRANSFERENCIAS CORRENTES
OUTRAS RECEITAS CORRENTES

> RECEITA EXTRA-ORCAMENTARIA
PAGAMENTOS ANTECIPADOS
SUPRIMENTOS
OUTRAS OPERACOES REALIZAVEIS
DEPOSITOS DE DIVERSAS ORIGENS
> DESPESA EMPENHADA
DESPESAS EMPENHADAS A PAGAR IN
Pessoal e Encargos Sociais Na
Juros e Encargos da Divida Na
Outras Despesas Correntes Na
Investimentos Na Processada
Amortizacao da Divida Na Pro
> SALDOS ANTERIORES
BANCOS CONTA MOVIMENTO
CAIXA
VINCULADAS EM CONTA CORRENTE I
> TOTAL

Prefeito
Sergio D



Dicas de Saúde

Hipertensão X Sal

O sal faz mal para quem tem pressão alta?

O sal faz o corpo reter mais líquidos, e o aumento do volume de líquido faz a pressão subir. No entanto, não há necessidade de comer sem sal. Deve-se, sim, evitar o exagero, como colocar sal na comida pronta ou comer alimentos que contêm muito sal. Cerca da metade das pessoas é mais afetada pelo cloreto de sódio, o sal de cozinha. Essas pessoas são denominadas "sensíveis ao sal". Para esses indivíduos é importante comer com pouco sal, para evitar que a pressão se eleve. Nas pessoas não-sensíveis a esse condimento, o aumento da pressão com seu uso é pequeno. Os brasileiros consomem em média quatro a cinco colheres de café cheias de sal por dia, ou seja, dez gramas. O nosso corpo precisa de bem pouco sal, muito menos do que uma colher de café por dia (2,5g/dia). Essa quantidade existe nos próprios alimentos. Para evitar algum excesso deste condimento na alimentação, siga as seguintes dicas:

Dicas para evitar o excesso de sal

- Use o mínimo de sal no preparo dos alimentos, substituindo-o por temperos naturais como salsinha, cebola, orégano, hortelã, limão, alho, manjerição, coentro e cominho.

- Evite acrescentar sal aos alimentos já prontos. Nunca tenha um saleiro à mesa.

- Evite carnes gordurosas, vísceras (fígado, coração, rins), embutidos (lingüiça, paio, salsicha, tocinho defumado), frios (mortadela, presunto, salame) e frutos do mar (camarão).

- Evite embutidos como salsicha, mortadela, lingüiça, presunto, salame e paio.

- Evite conservas como picles, azeitona, aspargo, patês e palmito, enlatados como extrato de tomate, milho e ervilha e maionese pronta. Prefira os alimentos em seu estado natural.

- Evite carnes salgadas como bacalhau, charque, carne-seca e defumados.

- Evite o aditivo glutamato monossódico, utilizado em alguns condimentos e nas sopas de pacote.

- Evite queijos em geral, dando preferência a queijo branco ou ricota sem sal.

- Evite salgadinhos para aperitivo como batata frita, amendoim salgado, cajuzinho, etc.

- Substitutos do sal ou sal diet podem ser úteis para algumas pessoas, porém quem toma certos remédios ou "sofre dos rins" não pode usar substitutos do sal. Consulte o médico antes de usá-los.

- Evitando os excessos de sal na alimentação, você pode ajudar a controlar melhor a pressão alta e, às vezes, até reduzir o uso de remédios.

Quais são as consequências da pressão alta?

A pressão alta ataca os vasos. Todos eles são recobertos internamente por uma camada muito fina e delicada, que é machucada quando o sangue está circulando com pressão muito alta. Com isso, os vasos se tornam endurecidos e estreitados e podem, com o passar dos anos, entupir ou romper-se. Quando isso acontece no coração, o entupimento de um vaso leva à angina e pode ocasionar infarto. No cérebro, o entupimento ou rompimento de um vaso, leva ao "derrame cerebral" ou AVC. Nos rins também pode ocorrer entupimento, levando à paralisação dos rins. Todas essas situações são muito graves e podem ser evitadas com o controle da pressão alta.

Autoras:

Carla Cavaler Garcia

Mariana Pereira Martendal

Thaise Alana Goronzi

E-mail: enfufsc@hotmail.com ou

marimartendal@hotmail.com

O TEMPO

Um jornal de fato

Ano XV - Edição 672 Sexta-feira, 21 de maio de 2004

CAPINZAL - a Capital Brasileira do
CHESTER - 460 ml aves tda

Mais o que é DePreSSÃO?

A depressão é uma doença "do organismo como um todo", que compromete o físico, o humor e, em consequência, o pensamento. Esta altera a maneira como a pessoa vê o mundo e sente a realidade, entende as coisas, manifesta emoções, sente a disposição e o prazer com a vida. Ela afeta a forma como a pessoa se alimenta e dorme, como se sente em relação a si próprio e como pensa sobre as coisas. De um modo geral, a depressão, resulta numa inibição global da pessoa, afeta a parte psíquica, as funções mais nobres da mente humana, como: a memória, o raciocínio, a criatividade, a vontade, o amor e o sexo, e também a parte física, na qual tudo parece ser difícil, problemático e cansativo para o deprimido.

Quais seus SinToMas?

Os sintomas são muito variados, desde sensações de tristeza, passando pelos pensamentos negativos até as alterações da sensação corporal como dores e enjôos.

- Perda de energia ou interesse
- Humor deprimido
- Dificuldade de concentração
- Alterações do apetite e do sono
- Lentificação das atividades físicas e mentais
- Sentimento de pesar ou fracasso

Os sintomas corporais mais comuns são sensação de desconforto no batimento cardíaco, constipação, dores de cabeça, dificuldades digestivas. Períodos de melhoria e piora são comuns, o que cria a falsa impressão de que se está melhorando sozinho quando durante alguns dias o deprimido sente-se bem. Geralmente tudo se passa gradualmente, sendo difícil ver todos os sintomas juntos.

Alguns tipos de DePreSSÃO

Depressão Atípica acontece, normalmente, naquelas pessoas que não se permitem sentimentos *sem motivo* e, apesar de já terem ido à muitos médicos, continuam achando que a medicina ainda não conseguiu descobrir a causa de seus problemas.

Depressão Típica se manifesta com todos os sintomas emocionais típicos, tais como apatia, desinteresse, tristeza, desânimo, etc. A Depressão pode ser entendida como um estado **afetivo rebaixado**. Portanto, o que mais se constata é um cansaço ou inibição das atividades físicas e psíquicas tal como se houvesse uma perda de energia geral.

TraTaMenTo

Existem diferentes formas de se abordar a *Depressão* que estão relacionadas com os diferentes entendimentos que existem em relação a origem da mesma. Em muitos casos se faz necessária a intervenção conjunta psicológica-médica no atendimento a pessoa deprimida, o que facilita o processo de auto-percepção da mesma, sendo este, auxiliado por medicamento e aconselhamento.

Legenda da Foto: Autoras: Thaise Alana Goronzi, Mariana Pereira Martendal e Carla Cavalier Garcia E-mail: thaise_g@yahoo.com.br ou enfufsc@hotmail.com





GAZETA VALE DAS CACHOEIRAS

Diário Semanal - Edição 128

Presidente Getúlio, 21 de maio de 2004

Dicas de Saúde

A IMPORTÂNCIA DO EXERCÍCIO FÍSICO PARA O CONTROLE DA HIPERTENSÃO ARTERIAL

O exercício físico adequado não apresenta efeitos colaterais e traz vários benefícios para a saúde, tais como ajudar a controlar o peso e a pressão arterial, diminuir as taxas de gordura e açúcar no sangue, elevar o "bom colesterol", diminuir a tensão emocional e aumentar a auto-estima. Muitas vezes, hipertensos que começam a fazer exercícios podem diminuir a dose dos medicamentos, ou mesmo ter a pressão arterial controlada sem o uso de remédios.

Algumas dicas para realizar adequadamente exercícios físicos

- Comece fazendo exercícios de forma gradativa, não submetendo seu corpo a esforços maiores do que ele suportaria. Quem não está acostumado a fazer exercícios e resolve "ficar em forma" de uma hora para outra prejudica a saúde.

- Os exercícios devem ser realizados com roupas e calçados adequados e confortáveis.

- Procure o auxílio de um profissional especializado (médico ou professor de educação física) para uma orientação adequada e realização de um teste ergométrico (caminhar na esteira ou pedalar bicicleta, medindo a pressão arterial e a frequência cardíaca).

- Exercícios aeróbicos como caminhar, andar de bicicleta e dançar, comprovadamente reduzem a pressão arterial, sendo considerados os mais adequados para o hipertenso. Devem ser feitos de forma constante, sob supervisão periódica e com aumento gradual de atividades.

- A intensidade dos exercícios deve ser de leve a moderada, pelo menos 30 minutos por dia, três vezes por semana. Se puder, caminhe diariamente.

- Exercícios como musculação devem ser evitados, pois provocam grande e repentino aumento da pressão.

- Realize exercícios sem esperar resultados imediatos. Eles devem ser realizados sem precipitações e sob supervisão de seu médico.

Autoras:

Mariana Pereira Martendal

Carla Cavaler Garcia

Thaise Alana Goronzi

E-mail para contato:

enfufsc@hotmail.com e

marimartendal@hotmail.com

O TEMPO

Um jornal de fato

Ano XV - Edição 673 Sexta-feira, 28 de maio de 2004

CAPINZAL - a Capital Brasileira do
CHESTER - 460 mil aves dia

DIABETES MELLITUS (DM)

O que é? Um distúrbio causado pela falta relativa ou absoluta de insulina no organismo. Quando a insulina produzida pelo pâncreas se torna insuficiente, a glicose é impedida de ser absorvida pelas células, o que provoca a elevação dos níveis sanguíneos de glicose, cuja taxa normal, em jejum, é de 60 a 120 mg/dl de sangue.

Se você pensa que é a única pessoa portadora de diabetes, está muito enganado. De cada 100 pessoas, pelo menos 7 ou 8 têm a doença, o que o fará encontrar diabéticos onde for. A insulina, hormônio produzido pelo pâncreas, é o grande vilão desta história. Ela tem a responsabilidade de manter a utilização adequada dos nutrientes, entre os quais a glicose, que é a mais simples de um grupo de substâncias chamadas carboidratos ou açúcares. Qualquer carboidrato ingerido, para ser absorvido no intestino, tem de ser quebrado nas suas formas mais simples, sacarose (açúcar de mesa) e glicose. Uma vez absorvida a glicose, para ser utilizada, tem de entrar nas células e é a insulina que torna este processo possível ou mais fácil.

Se uma pessoa não tem insulina, ou sua ação é diminuída, o primeiro resultado é fácil de se imaginar: a glicose, não podendo entrar nas células e ser consumida, acumula-se no sangue (hiperglicemia). Esse excesso de glicose tem de ser eliminado e o caminho mais fácil é a urina. Para sair na urina, necessita levar água consigo e isto faz a pessoa urinar mais que o normal. Ao eliminar muita água pela urina a pessoa se desidrata, tem sede e passa a beber água exageradamente.

Sintomas:

- Cansaço
- Perda de peso
- Sede
- Visão turva
- Necessidade freqüente de urinar

Tipos mais comuns de DM

Tipo I ou insulino dependente: geralmente ocorre na infância ou na adolescência, em pessoas que possuem história de diabetes na família. Há uma falha do pâncreas em produzir insulina.

Tipo II ou não-insulino dependente: ocorre geralmente em pessoas acima de 40 anos, com história de diabetes na família, com excesso de peso (leva a uma resistência das células do corpo à ação da insulina), vida sedentária e que estão passando por estresse físico ou emocional.

Tratamento:

- Dieta balanceada
- Exercícios físicos
- Educação para diabetes (conhecer a doença, aprender a identificar os sinais de risco, buscar alternativas de tratamento e levar uma vida saudável)
- Medicação (quando necessário)

Autoras: Carla Cavaler Garcia

Mariana Pereira Martendal

Thaise Alana Goronzi

E-mail: enfufsc@hotmail.com
thaise_g@yahoo.com.br

ou



Dicas de Saúde

■ O QUE É COLESTEROL?

Colesterol é um tipo de gordura produzido por seu fígado. Ele também está contido em certos alimentos que comemos, tais como ovos, carnes e derivados de leite. Quando você come estes alimentos frequentemente, a taxa de colesterol em seu sangue aumenta, porque seu fígado transforma as gorduras saturadas em colesterol. Esta substância é vital para o organismo, mas torna-se prejudicial quando está presente em excesso.

As gorduras saturadas são a principal causa da elevação dos níveis sanguíneos de colesterol. Podem ser encontrados nos alimentos de origem animal (carne de gado, gordura de gado, porco, sebo, manteiga, nata, leite, queijo e outros alimentos derivados do leite), vegetal (gordura de coco, azeite de dendê, manteiga de garrafa, manteiga de cacau) e alimentos industrializados (bolos, biscoitos recheados, chocolates, tortas, gordura hidrogenada, sorvetes cremosos).

■ CONSEQUENCIAS DO COLESTEROL ALTO

O colesterol em excesso pode ser depositado nas suas artérias (grandes vasos por onde circula o sangue), e pode fazer com que estes mesmos vasos se tornem estreitos e endurecidos. A quantidade de colesterol nas paredes de uma artéria pode ser tão alta, que a artéria fica entupida e o sangue não consegue passar. Se uma artéria que leva sangue para o coração ficar entupida, a pessoa pode ter um ataque do cardíaco (infarto). Se uma artéria que leva sangue para o cérebro ficar entupida, a pessoa pode ter um derrame (AVC).

■ COMO SABER

SE TENHO COLESTEROL ALTO?

O melhor nível do colesterol total é abaixo de 200. Se estiver entre 200 e 239, significa que você tem algum risco para ter um ataque cardíaco, ou um derrame. Já os níveis de 240, ou superiores significam o aumento de risco de doença cardíaca.

■ DICAS PARA EVITAR OU REDUZIR O COLESTEROL ALTO:

- Coma uma variedade de alimentos ricos em fibras, como aveia, pães integrais e maçãs. As fibras ajudam a reduzir as taxas de colesterol.
- Dê preferência aos queijos magros (frescal, ricota, cottage) e às margarinas cremosas ou halvarinas.
- Procure alimentos industrializados produzidos com gorduras não saturadas. Evite os alimentos industriais e comerciais fritos e confeitados.
- Prepare os alimentos utilizando óleos vegetais: soja, milho, canola, girassol e azeite de oliva.
- Dar preferência às preparações assadas, cozidas, ensopadas ou grelhadas.
- Torne-se mais ativo no seu dia-a-dia. Pratique exercícios pelo menos 3 vezes por semana, com duração mínima de 30 minutos.
- Evite o uso de cigarros.
- Se usuário de bebida alcoólica, faça-o com moderação.

Autoras:

Mariana Pereira Martendal

Carla Cavaler Garcia

Thaise Alana Goronzi

E-mails para contato:

enfufsc@hotmail.com ou

marimartendal@hotmail.com



Dicas de Saúde

VOCÊ TEM DIABETES?

O diabetes caracteriza-se pelo aumento dos níveis de açúcar no sangue. O corpo não produz, ou produz em pouca quantidade, um hormônio chamado insulina, o qual permite que o açúcar (glicose) seja absorvido pelas células, proporcionando energia para todo nosso organismo. Se a insulina não existe, ou é insuficiente, há aumento de açúcar no sangue.

Procure um profissional de saúde se você apresenta os seguintes sintomas:

- urina muitas vezes;
- sente muita sede;
- sente coceira em várias partes do corpo;
- está sempre cansado;
- tem visão turva;
- perda de peso sem motivo aparente;
- tem muitas câimbras.

Solicite o teste de glicemia. O profissional irá avaliar a necessidade de fazer exames mais específicos a partir do nível apresentado. Para alguém que não sofre de diabetes, o nível normal de glicose no sangue, antes de comer, é de 60 a 120 mg/dl. Níveis de glicose, antes de comer, acima de 140 mg/dl ou níveis aleatórios de glicose acima de 200 mg/dl em mais de uma ocasião, são diagnósticos de diabetes.

Os principais fatores de risco do diabetes são: antecedentes familiar com diabetes, idade, obesidade, trauma emocional, gravidez, sedentarismo, maus hábitos alimentares e desnutrição.

Portanto, mantenha hábitos de vida saudáveis, como:

- realizar caminhadas pelo menos 3 vezes na semana com duração de no mínimo 30 minutos auxiliará na perda ou manutenção de seu peso;
- estabelecer uma dieta saudável evitando gorduras e frituras dando prioridade para frutas e verduras;
- evitar situações de estresse. Procure realizar atividades que lhe dê prazer.
- evitar o consumo de bebidas alcoólicas e cigarros.

Autoras: Carla Cavaler Garcia

Mariana Pereira Martendal

Thaise Alana Goronzi

E-mails para contato: enfufsc@hotmail.com ou marimartendal@hotmail.com



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
CAMPUS UNIVERSITÁRIO - TRINDADE
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM
CEP.: 88040-970 - FLORIANÓPOLIS - SANTA CATARINA
Tel. (048) 331.9480 - 331.9399 Fax (048) 331.9787
e-mail: nfr@nfr.ufsc.br

DISCIPLINA: INT 5134 - ENFERMAGEM ASSISTENCIAL APLICADA

Parecer Final do Orientador sobre o Relatório da Prática Assistencial

O Relatório apresentado é consistente, tem boa sustentação teórica, revelando qualidade argumentativa atende as normas de um trabalho acadêmico.


A apresentação dos resultados é coerente com a prática desenvolvida, demonstrando engajamento com as necessidades da comunidade e capacidade de análise crítica à luz do referencial teórico escolhido.

Destaca-se a produção de dois artigos para publicação, evidenciando compromisso com a socialização da experiência e do conhecimento produzido.

A experiência, ética e sensível, contribuiu significativamente para a formação profissional das alunas preparando-as para um efetivo exercício da Enfermagem.

Flópolis, 30/06/04

 Maria Auxiliadora Vilela

 Ingrid Schubert Backes